Literatuurstudie en evaluatie

‘HULPVERLENING AAN KINDEREN VAN ALCOHOLISTEN’

‘GEZINNEN ONDER INVLOED - INVLOEDRIJKE GEZINNEN’

EEN PROGRAMMA VOOR JONGEREN UIT GEZINNEN MET ALCOHOLPROBLEMEN,
ontwikkeld door de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen
“Ter Dennen” van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen

Onderzoekers:
C. Coolen – Perednia
M. Koninckx
Dr. P. Bijttebier

Een onderzoeksproject in opdracht van :

Vlaamse Gemeenschap

LIJST VAN SCHEMA'S

LITERATUURLIJST

VOORWOORD

Alcoholmisbruik is niet alleen schadelijk voor diegene die drinkt maar het creëert eveneens problemen voor de andere gezinsleden, zowel de partner als de kinderen. Kinderen die opgroeien in een alcoholistisch gezin beleven vaak moeilijke situaties, die hen zeer conflictueuze en traumatiserende gevoelens kunnen bezorgen. Zij hebben het vaak moeilijk om deze gevoelens te verwerken en soms kan dit sporen nalaten tot in hun volwassen leven. Zij vormen een specifieke risicogroep die zowel therapeutisch als preventief geholpen kan worden.

Reeds meer dan 10 jaar proberen wij in ons ontwenningsprogramma meer expliciet rekening te houden met deze bijzondere familiale problematiek en zochten wij o.m. naar een geschikte formule om deze kinderen adequaat te benaderen. Vorig jaar werd ons door de VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) het project 'Hulpverlening aan kinderen van alcoholisten' toevertrouwd. Dit was dan een ideale kans om op basis van de vroegere ervaringen, aangevuld met meer recente theoretische inzichten, een concreet programma te ontwikkelen dat doorheen een wetenschappelijk begeleide testfase getoetst kon worden op de praktische haalbaarheid en de efficiëntie.

Binnen de context van dit project werden er verschillende teksten uitgeschreven:
1. een theoretische beschrijving van de problematiek van de KOAP (Kinderen van Ouders met Alcoholproblemen),
2. een tweetal praktische werkboekjes, respectievelijk voor de jonge kinderen (8 tot 12 jaar) en de tieners (13 tot 18 jaar),
3. en een draaiboek voor hulpverleners.

Deze hulpmiddelen zullen het opstarten van een groep zeker vergemakkelijken.

Anderzijds moeten wij wijzen op een zekere beperking. Het was onze bedoeling om dit programma te testen, zowel in een residentiële als in een ambulante context. Uiteindelijk hebben wij ons in de testfase moeten beperken tot een residentiële setting. Het is dus best mogelijk dat men in een ambulante omgeving, na een aantal ervaringen, enkele wijzigingen zou willen aanbrengen.

Graag wil ik mijn dank uitspreken
- aan de kinderen, de jongeren en de ouders, voor hun geëngageerde deelname aan dit pilootproject;
- aan de leden van de stuurgroep, voor hun enthousiasme en volharding;
- aan het ganse team van Ter Dennen, de afdeling voor afhankelijkheidsproblemen, voor hun voortdurende sympathiserende steun;
- en ten slotte ook aan de VAD, voor het vertrouwen dat zij schonken aan onze medewerkers.

Tienen, 10 november 2001 — Dr. Stan Ansoms

INLEIDING

We hebben het aan ons toevertrouwde project ‘Hulpverlening aan kinderen van alcoholisten’ uitgewerkt in vier onderdelen (publicaties): deze literatuurstudie en evaluatie, een werkboek voor juniors, een werkboek voor tieners en een draaiboek voor hulpverleners. Deze literatuurstudie vormt het basisonderdeel van dit project, hierop hebben we ons gebaseerd om een interventieprogramma uit te werken voor kinderen en jongeren tot 18 jaar en hun ouders. We noemden ons programma ‘Gezinnen onder invloed – Invloedrijke Gezinnen’.

In het eerste deel situeren we de problematiek van kinderen die opgroeien in een gezin met een ouder die alcoholproblemen heeft.
Het tweede deel bevat de resultaten van de literatuurstudie en beschrijft deze aan de hand van de voorstelling van een ontwikkelingsmodel. Deze bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur vormen de basis voor het ontwerpen van een interventieprogramma.
In het derde deel schetsen we hoe ons interventieprogramma tot stand gekomen is. We geven een beschrijving van bestaande programma’s in de literatuur. Daarna schetsen we de ontwikkeling van ons programma: hoe onze verschillende modules tot stand gekomen zijn. Het was onze bedoeling om ons interventieprogramma uit te proberen in verschillende settings, nl. een residentiële en een ambulante setting. We schetsen de opzet, het verloop en de evaluatie van ons programma door de deelnemers.
In samenwerking met Dr. P. Bijttebier van het Departement Psychologie van de Katholieke Universiteit Leuven hebben we een diagnostische evaluatie uitgewerkt aan het begin en aan het einde van het programma. De resultaten worden weergegeven.
Ten slotte formuleren we onze besluiten en verdere aanbevelingen.

Doorheen de tekst van dit rapport gebruiken we de termen ‘alcoholisme’, ‘alcoholverslaving’, ‘alcoholproblemen’ en ‘alcoholafhankelijkheid’ naast elkaar.

1. SITUERING VAN DE PROBLEMATIEK

Alcoholisme of alcoholafhankelijkheid is een complex probleem met biologische, psychologische en sociale factoren, die een rol spelen zowel bij het ontstaan als bij het verdere verloop en de gevolgen van deze ziekte. Het is een omvangrijk probleem in de volksgezondheid, met ernstige gevolgen voor zowel de persoon zelf als voor zijn omgeving (werk, gezin,verkeer,…).
Het gezin is voor de meeste mensen het primaire levensmilieu en het is vooral het gezinsleven dat grondig verstoord wordt wanneer een van de ouders/partners alcoholafhankelijk is.
Niet alleen de praktische, dagdagelijkse gang van zaken dreigt vast te lopen (niet nakomen van afspraken, ongelukken, financiële problemen,…), maar vooral *de kwaliteit van de gezinsrelaties* (partnerrelatie, ouder-kind relaties) wordt ernstig aangetast.
En juist deze kwaliteit van gezinsrelaties vormt de basis en is de beste garantie voor een gezonde opvoeding en ontwikkeling van de kinderen in dat gezin. Vele aspecten die van belang zijn voor het evenwichtig opgroeien van kinderen komen onder druk te staan.
Voortdurende actieve drinkfasen dreigen het gezin in een chronische crisistoestand te brengen. De communicatie wordt verstoord en wordt hoe langer hoe negatiever.
Er treedt emotionele vervreemding op; de ouders hebben hun aandacht vooral op hun eigen problemen gericht; de gezinsleden zijn ofwel te veel ofwel te weinig betrokken op elkaar. Kortom, het emotionele welzijn van de gezinsleden is bedreigd en verstoord. Kinderen verdienen speciale aandacht: ze zijn immers de meest kwetsbare gezinsleden.

Er zijn geen epidemiologische gegevens of officiële statistieken over het aantal kinderen dat in Vlaanderen opgroeit met een (of twee) ouder(s) met een alcoholprobleem. In de literatuur spreekt men van 'COA' (*C*hildren *O*f *A*lcoholics) of van 'ACOA' (*A*dult *C*hildren *O*f *A*lcoholics). Mede naar analogie van de term 'KOPP' (*K*inderen van *O*uders met *P*sychiatrische *P*roblematiek), stellen we de term **'KOAP'** (***K***inderen van ***O***uders met ***A***lcohol ***P***roblemen) voor. We betwijfelen niet dat het om een grote groep kinderen gaat.
Cuijpers (1999) vermeldt dat schattingen in buitenlandse studies van het totale percentage van deze kinderen variëren van 12% tot 27%. In een recente Nederlandse studie vond hij dat 8,3 % volwassenen uit een representatieve steekproef aangeven dat een of beide ouders probleemdrinkers waren (Cuijpers e.a., 1999). In de V.S. schat men dat ongeveer 1 kind op 10 opgroeit met een alcoholverslaafde ouder.

Het gaat over een grote groep kinderen waarvoor in de hulpverlening weinig aandacht bestaat. In de Vlaamse en ook in de Nederlandse verslavingszorg t.a.v. alcoholici hebben de hulpverleners (nog) geen systematische aandacht voor de kinderen van hun cliënten. Maar ook in de kinder- en jeugdhulpverlening krijgen aangemelde KOAP geen of onvoldoende specifieke zorg, gericht op o.a. het leren omgaan met het verslavingsprobleem van hun ouder(s). Kinderen worden (door hun ouders) hier aangemeld omwille van hun problemen en de problemen van de ouders zelf worden vaak niet vermeld. Vermoedelijk ontbreekt in beide soorten settings de nodige informatie om aan deze leemte tegemoet te komen. Hopelijk kan ons project hiertoe een steentje bijdragen.

Binnen de zelfhulporganisatie van de AA (Anonieme Alcoholisten) bestaat er daarentegen wel systematische aandacht voor zowel de partner (Al-Anon) als voor de kinderen (Al-Ateen).

Onderzoek en behandeling van alcoholafhankelijkheid heeft de laatste decennia veel ontwikkelingen doorgemaakt. Het heeft een hele tijd geduurd voordat men verder ging kijken dan de individuele cliënt(e) zelf en de partner bij onderzoek en behandeling ging betrekken.
Het begrip 'codependentie' verscheen vooral in de Amerikaanse literatuur, waarmee men de (vaak ongewilde) rol beschreef die de partner speelde bij het in stand houden van de alcoholproblemen. Alcoholisme werd meer in de familiecontext of gezinscontext geplaatst;

men beschreef het ook als een 'familieziekte'. Men bestudeerde gezinsinteractiepatronen, gezinsontwikkelingsfasen en intergenerationele transmissiepatronen (bijvoorbeeld Jacob & Seilhamer, 1987, Wolin e.a.,1980).

Maar men had een zeer belangrijk subsysteem van het gezin over het hoofd gezien, de kinderen. In 1969 schreef Margaret Cork een boek 'The Forgotten Children', dat voor het eerst de aandacht vestigde op de problematiek van kinderen met een alcoholverslaafde ouder.
Vanaf het begin van de jaren '80 kwam er in de V.S. een nationale beweging op gang die de problematiek van deze kinderen en volwassenen onder de aandacht bracht. 'The Children of Alcoholics Foundation' en 'The National Association for Children of Alcoholics' zijn voorbeelden van organisaties die de belangen van KOAP behartigen.

In Europa is er voor deze doelgroep altijd veel minder aandacht geweest. In de psychiatrische kliniek te Tienen zijn we op de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen reeds tien jaar geleden begonnen met kindergroepen. Naast de Alateengroepen, zijn er bij ons in Vlaanderen en Nederland geen andere programma's voor KOAP bekend.
Op Europees vlak is er in Zweden het programma van Lindstein (1996) gepubliceerd.

De huidige stand van zaken in de wetenschappelijke literatuur toont aan dat men met zekerheid kan stellen dat KOAP een risicogroep vormen. Ze hebben duidelijk meer risico (dan niet-KOAP) op:

1. het ontwikkelen van *afhankelijkheidsproblemen* in de adolescentie en/of in de volwassenheid. Het betreft hier de intergenerationele transmissie van alcoholisme, waarbij onderzoekers het eens zijn dat zowel biologische en omgevingsfactoren als hun onderlinge interacties in rekening gebracht moeten worden (Sher,1991; Chassin,1997; McGue, 1997) ;
2. het ontwikkelen van andere vormen van *psychopathologie* in de kindertijd, de adolescentie en/of de volwassenheid. Onderzoeken die aantonen dat KOAP een hoger risico vertonen voor psychopathologie, beschrijven twee grote categorieën van symptomen, nl. internaliserende en externaliserende symptomen (Sher, 1997). Er zijn studies die aantonen dat KOAP meer internaliserende symptomen rapporteren, zoals depressie en angsten.
   Uit de onderzoeken komt niet duidelijk naar voren of deze problemen van KOAP rechtstreeks gerelateerd zijn aan het ouderlijk alcoholisme of meer onrechtstreeks veroorzaakt worden door de gevolgen ervan, zoals bijvoorbeeld de ontwrichting van het gezin. Mogelijks spelen comorbide problemen van de ouders en ook genetische aanleg een rol (West & Prinz, 1987).

Een tweede belangrijke bevinding van de wetenschappelijke literatuur is dat KOAP als groep op een aantal kenmerken verschillen van niet-KOAP. Zo noemt Schuckit (1997) o.a. de intensiteit van de reactie op alcohol, impulsiviteit en vatbaarheid voor verveling. Deze kenmerken worden in de literatuur vaak aangeduid als markers voor risico, maar zijn als zodanig maar weinig onderzocht.

Een derde belangrijke bevinding is dat KOAP onderling heel veel van elkaar verschillen. In tegenstelling tot wat auteurs van populaire, klinische publicaties beweren, toont de wetenschappelijke literatuur heel duidelijk aan dat KOAP een zeer heterogene groep zijn (Sher, 1991, AH & RW, 1997). Ze hebben wel een gemeenschappelijke ervaring, namelijk het opgroeien in een gezin met een ouder die alcoholproblemen heeft, maar verschillen onderling op vele factoren, zoals genetische aanleg, temperament, intelligentie,… Ook de ouders, hun opvoedingsstijl en de gezinnen waarin deze kinderen opgroeien verschillen veel van elkaar. Wat betreft het ouderlijk alcoholisme – zeker indien er sprake is van comorbide problematiek – zijn er veel verschillende invloeden denkbaar op de kinderen. Zo zal de invloed van een depressieve ouder met een alcoholprobleem heel anders zijn dan de impact

van een ouder met een anti–sociale persoonlijkheidsstoornis en een alcoholprobleem. Ernst en duur van de (alcohol)problemen, het type van alcoholisme, of vader of moeder ziek is, de gezondheidstoestand van de andere ouder, steun van de familie,… zijn allemaal factoren die een grote rol spelen voor de kinderen.

Voor de hulpverlening aan KOAP is het belangrijk om interventies vooral te richten op de meest kwetsbare kinderen en hun gezinnen. Een kernpunt hierbij is de (betrouwbare) detectie van deze kinderen en hun gezinnen.
Een tweede belangrijk aandachtspunt voor de hulpverlening is het onderzoeken hoe men de weerbaarheid van alle KOAP (en hun gezinnen) kan ondersteunen en verhogen. Vanuit deze kennis kan men de balans tussen aanwezige risicofactoren en protectieve hulpbronnen gunstig beïnvloeden. We willen met dit project een aanzet geven voor hulpverlening aan KOAP in Vlaanderen door het ontwerpen van een interventieprogramma dat de deelnemers helpt om alcoholafhankelijkheid en de gevolgen voor het hele gezin beter te begrijpen en ermee om te leren gaan.

Samenvattend kunnen we stellen dat alcoholafhankelijkheid een complexe ziekte is met gevolgen voor de hele omgeving. Vooral het gezinsleven wordt grondig verstoord en de kwaliteit van de gezinsrelaties wordt aangetast. Negatieve communicatiepatronen, emotionele vervreemding bepalen op de duur het hele gezinsklimaat. De kinderen zijn de meest kwetsbare gezinsleden en kregen totnogtoe de minste aandacht in de hulpverlening. Nochtans vormen zijn een omvangrijke groep (10%) en een duidelijke risicogroep, zowel voor het ontwikkelen van afhankelijkheidsstoornissen als van andere vormen van psychopathologie. Het is vooral belangrijk om meer systematische aandacht te hebben voor de kinderen in de vorm van interventieprogramma’s. Gezien de interne heterogeniteit van de groep KOAP, moet de hulpverlening het meeste aandacht hebben voor de meest kwetsbare kinderen.

2. VOORSTELLING VAN EEN ONTWIKKELINGSMODEL

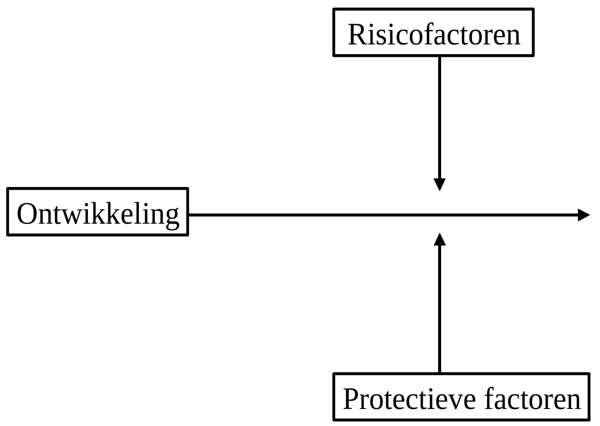
2.1. De ontwikkeling als resultaat van interacties tussen risico- en protectieve factoren

De hedendaagse ontwikkelingspsychologie en –psychopathologie beschrijft de invloeden op de ontwikkeling van kinderen in termen van risico– en protectieve factoren. Bij de ontwikkeling van een kind tot aan de volwassenheid, brengen de verschillende leeftijdsfasen bepaalde ontwikkelingstaken met zich mee, die de opgroeiende persoon moet leren beheersen. Er bestaan vele invloeden die de competentie van een kind om deze ontwikkelingstaken aan te kunnen, bedreigen (= risicofactor) of juist beschermen (= protectieve factor), indien er zich problemen voordoen.

Een risicofactor is een bepaalde invloed die een bedreiging vormt voor de ontwikkeling van een kind. De term 'bedreigende' factor zegt iets over de mate waarin die factor in het algemeen verband houdt met het optreden van psychosociale problemen bij bepaalde groepen van kinderen (Groenendaal & van Yperen, 1994). Er moet dus sprake zijn van een grotere statistische kans op het voorkomen van problemen bij die groepen van kinderen.
Zo kan het opgroeien in een gezin met een alcoholafhankelijke ouder een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een verslavingsprobleem bij de kinderen in dat gezin.

Om te kunnen begrijpen hoe verslavingsproblemen dan precies ontstaan in deze context, volstaat het niet om een opsomming te geven van risicofactoren (zoals we zullen doen in punt 2.2), maar is het ook belangrijk om te begrijpen hoe deze factoren met elkaar samenhangen (zie 2.4: model van Sher).

Schema 1: Invloed op de ontwikkeling



Een protectieve factor is een invloed die de ontwikkeling van het kind 'beschermt' tegen het optreden van problemen. Dit wil dus zeggen dat men problemen verwacht, maar dat er een lagere dan verwachte kans is op een problematische ontwikkeling. Men kan dus pas van bescherming spreken in aanwezigheid van bedreiging, m.a.w. de effecten van een protectieve factor worden pas zichtbaar in interactie met risicofactoren (Groenendaal & van Yperen,1994).

Sher (1991) gebruikt liever de termen ‘medierende en modererende’ factoren gebruikt om de processen aan te duiden die KOAP kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van alcoholisme en aanverwante problemen.
Wij kiezen ervoor om in onze tekst de termen ‘risico’- en ‘protectieve’ factoren te gebruiken omdat ze in de meeste onderzoeken die over KOAP gepubliceerd zijn, gebruikt worden. Slechts een enkele keer vinden we de termen ‘medierende’ en modererende’ variabelen.

Risico- en protectieve factoren kunnen onderverdeeld worden in verschillende soorten.
Er zijn factoren bij het kind en in zijn omgeving. Bij het *kind* zijn er biologische (bijvoorbeeld genetische, somatische) en psychologische factoren (bijvoorbeeld intelligentie, temperament, coping). In de *omgeving* kunnen we factoren onderscheiden op het niveau van het gezin (ouders, ouder-kindinteracties,…), van de ruimere familiecontext, van het schoolmilieu, van de leeftijdgenoten (peer-group).

Tevens kunnen we een onderscheid maken tussen veranderbare en onveranderbare factoren. Veranderbare factoren zijn bij het kind bijvoorbeeld de copingstijl, in het gezin bijvoorbeeld de ouder-kindinteracties of de opvoedingsstijl van de ouders. Onveranderbare factoren zijn de genetische kenmerken, die zich bijvoorbeeld uiten in een verhoogde kwetsbaarheid voor alcoholisme, of het geboren worden met een lichamelijke handicap. Factoren die wel beïnvloedbaar zijn, zijn van bijzonder belang voor ons interventieprogramma. Hulpverlening kan zich best richten op het ondersteunen en uitbreiden van veranderbare protectieve factoren en het verkleinen van de invloed van veranderbare risicofactoren.

Er zijn auteurs die deze factoren nog verder differentiëren. Zo maakt Carr (1999) nog een onderscheid tussen predisponerende, precipiterende en perpetuerende risicofactoren, naast de protectieve factoren. We beschrijven het model van Carr meer uitvoerig in 2.3.

In een ontwikkelingsvisie gaat het om multipele factoren die elkaar bovendien onderling beïnvloeden. De ontwikkeling van KOAP kan op verschillende niveaus stagneren en/of misgaan. Dit is ook een verklaring voor de grote verscheidenheid bij de gezinnen en de kinderen. Het moge eveneens duidelijk zijn dat hoe meer negatief beïnvloedende factoren aanwezig zijn, hoe meer de ontwikkeling van het kind bedreigd is (cf. exponentiële functie van risicofactoren, zoals beschreven door M. Rutter).

2.2. Risico- en protectieve factoren bij KOAP

We hebben de literatuur vanaf 1990 bestudeerd en alle publicaties in verband met de volwassen ‘kinderen van alcoholisten’ (Adult Children Of Alcoholics) buiten beschouwing gelaten. We hebben deze keuze gemaakt omdat de doelgroep van ons project kinderen en jongeren zijn tot 18 jaar.

Het wetenschappelijk onderzoek over de risico- en protectieve factoren bij KOAP, hoe deze factoren met elkaar in verband staan en elkaar onderling beïnvloeden, is het laatste decennium geëvolueerd. Onderzoekers merken op dat er nochtans nog veel werk moet gebeuren voor we over empirisch getoetste modellen kunnen beschikken die duidelijk maken welke de valide predictoren zijn voor een problematische ontwikkeling van KOAP. Deze predictoren kunnen dan ook het doel van interventieprogramma’s zijn.
Momenteel zijn er nog vele tekortkomingen op verschillende niveaus van de onderzoeken.
Zo stelt Kumpfer (1999) bijvoorbeeld dat bij het meten van de risico- en protectieve factoren bij KOAP, de onderzoekers weinig gebruik hebben gemaakt van gemeenschappelijke instrumenten. Hij telde –in de studies die hij onderzocht – 70 verschillende instrumenten, waarvan 80 % slechts eenmalig gebruikt werden. Bovendien werden vooral de interne en persoonlijke factoren gemeten en veel minder de omgevingsfactoren. Een bijkomende

moeilijkheid is dat een groot aantal onderzoeken dat we citeren bij risicofactoren, eerder kenmerken van de groep KOAP (in vergelijking met niet-KOAP) zijn. Er wordt in vele onderzoeken verondersteld dat deze kenmerken tevens markers voor risico zijn. Maar het verband tussen deze kenmerken en de uiteindelijke ontwikkeling van KOAP wordt niet systematisch onderzocht.

We bespreken de literatuur aan de hand van de onderverdeling die we in schema 2 voorstellen. Bij iedere factor overlopen we de meest relevante publicaties.

Schema 2: Risico- en protectieve factoren

→ Risicofactoren:

→ bij het **kind**:

- biologische factoren:
  - genetische factoren
  - prenatale problemen
  - lichamelijke gezondheid
  - fysiologische reacties

- psychologische factoren:
  - intelligentie
  - persoonlijkheid

→ in de **omgeving:**

- alcohol-specifieke invloeden
  - modeling van ouderlijk drinkgedrag
  - de ontwikkeling van alcoholverwachtingen

- alcohol-nonspecifieke invloeden
  - de ouder-kind interactie
  - het opvoedingsgedrag van de ouders
  - het gezinssysteem: gezinsinteractiepatronen; agressie en geweld in het gezin
  - ouderlijke factoren: psychopathologie van de ouders; echtelijke problemen; desorganisatie van het gezin
  - levensgebeurtenissen (life-events)
  - sociale netwerkfactoren
  - factoren in het behandelingssysteem

→ Protectieve factoren:

→ bij het kind
→ in de omgeving

C. Risicofactoren:

A.1. Risicofactoren bij het kind:

A.1.1. Biologische factoren:

Over de biologische factoren bij KOAP is reeds veel literatuur verschenen. We geven een beknopte beschrijving van de belangrijkste bevindingen.

- *Genetische factoren*

In een overzichtsartikel geeft McGue (1997) de resultaten weer van 'gedragsgenetische' onderzoeken over alcoholisme, samen met die van adoptie en tweelingenonderzoeken.
Hieruit blijkt dat genetische factoren een belangrijke rol spelen in de relatie tussen ouderlijk alcoholisme en het functioneren van KOAP.

In meerdere publicaties vinden we terug dat KOAP vier- tot vijfmaal meer risico lopen op het ontwikkelen van alcoholproblemen (Sher, 1991). Bij mannelijke KOAP speelt de genetische aanleg (het zgn. genotype) een belangrijke rol in de ontwikkeling van alcoholisme (20 à 25 %). Bij de vrouwen waren de resultaten minder eenduidig (5 %). Wanneer beide ouders verslaafd zijn zou het risico voor de zonen 40% zijn en voor de dochters 15% (Van den Brink, 1995). Sher (1993) besluit uit een aantal familiestudies dat alcoholisme bij de vader geassocieerd is met meer alcoholisme bij de zonen en de dochters; alcoholisme bij de moeder is alleen geassocieerd met een verhoogd voorkomen van alcoholisme bij de dochters.

Voor wat betreft het genetische risico op alcoholafhankelijkheid is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen twee types alcoholisme, gebaseerd op de classificatie van Cloninger.

- Type1- alcoholisme komt voor op latere leeftijd (na 25 jaar), gaat vaak gepaard met negatieve emoties (angst en depressie) en met kenmerken van een afhankelijke en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.
- Type 2 - alcoholisme komt vooral voor bij mannen en start reeds op jeugdige leeftijd (voor 25 jaar). Het wordt vaak voorafgegaan door gedragsproblemen, zoals concentratieproblemen en impulsiviteit. Men vindt meermaals de combinatie van familiaal alcoholisme, ‘binge drinking’ (drinken met vlagen) en kenmerken van een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis.

  Er is een duidelijk verschil in genetische overerving van deze typen: type 2 zou voor 75 % genetisch bepaald zijn, type 1 voor 30 %. Het zijn vooral biochemische en neuropsychologische mechanismen die hieraan ten grondslag liggen bij het primair alcoholisme (type 1) (Wiers, 1994; 1999).

Er bestaat een consensus voor wat betreft de genetische overerving van alcoholisme , maar welke componenten van alcoholisme juist overgeërfd worden, is nog niet bekend. Men is het erover eens dat er niet zoiets bestaat als één enkel gen voor alcoholisme, maar dat er verschillende genen een rol spelen.
Verschillende auteurs (o.a. Sher,1991 ; Steinhausen,1995) vermelden dat kritische analyses van vele onderzoeken aantonen dat er vaak methodologische tekortkomingen zijn. Een ander punt is de onderbelichting van omgevingsinvloeden in hun interactie met de genetische transmissie van alcoholisme.Verschillende auteurs (Sher,1991, Mc Gue, 1997) besluiten in dat verband dat zowel voor mannen als voor vrouwen genetische factoren een belangrijke rol spelen in de kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van bepaalde vormen van

alcoholisme, maar dat de invloed van omgevingsfactoren zeker niet onderschat mag worden (zie infra).

- Prenatale problemen

Een ernstige risicofactor voor een problematische ontwikkeling van het kind is de invloed van alcoholmisbruik van moeders tijdens de zwangerschap. Het 'Fetal Alcohol Syndrome' of 'FAS' is een term die gebruikt wordt om een patroon te beschrijven van een aantal kenmerken die men bij deze kinderen kan vaststellen: craniofaciale misvormingen, een belemmerde groei, vertraagde psychomotorische rijping, een achterstand in de intellectuele ontwikkeling, verhoogde frequentie van hyperkinetische stoornissen en een verhoogd risico op psychopathologie. De aandachts- en cognitieve problemen maken deze kinderen ook bijzonder kwetsbaar voor leerproblemen en voor falen op school.

In een longitudinale studie (Steinhausen, 1995) bleek dat ernstige morfologische vervormingen steeds gecorreleerd waren aan een verhoging van psychiatrische symptomen, aandachtsproblemen en een lager intelligentieniveau. In de meest ernstige gevallen lijkt het erop dat noch het postnatale milieu noch remediërende therapieën de nadelige gevolgen van het FAS kunnen keren. De problemen die deze kinderen vertonen stellen hogere eisen aan de capaciteiten van de opvoeders, wat op zijn beurt kan leiden tot ernstige problemen in het gezin.

Alcohol wordt dus erkend als een 'teratogen'[1] en de gevolgen van alcoholgebruik gedurende de zwangerschap variëren van subtiele neurologische stoornissen en een laag geboortegewicht tot de stoornissen die behoren tot het 'FAS'. Uit studies van verschillende landen lijkt het voorkomen zich te situeren op 1 à 3 gevallen op 1000 geboortes (von Knorring, 1991).
'FAE' (Fetal Alcohol Effects) is een lichtere vorm van FAS waarbij de kinderen bepaalde kenmerken vertonen, maar niet voldoende voor een FAS diagnose. Men schat dat FAE veel meer voorkomt dan FAS (Steinhausen, 1995).

De invloed van sociaal drinken van de zwangere moeder op de ontwikkeling van de baby is minder duidelijk. Hoewel het vaststaat dat het drinken van alcohol negatieve effecten heeft op de baby, is nog te weinig bekend over de lange termijn gevolgen voor de kinderen.

- Lichamelijke gezondheid

Lichamelijke ziekten en letsels kunnen de ontwikkeling van kinderen hypothekeren en daardoor zwaardere eisen stellen aan de ouders/opvoeders dan lichamelijk gezonde kinderen.

Specifiek voor KOAP hebben we in de literatuur hierover niet zoveel onderzoeken gevonden. Sommige auteurs vermelden een verhoogd voorkomen van somatische problemen bij KOAP (von Knorring,(1991), Steinhausen (1995)) en hogere gezondheidszorguitgaven (in de V.S.: 32 % meer dan voor niet-KOAP, volgens de Children of Alcoholic Foundation).

Dobkin e.a. (1994) vonden dat pre-adolescente KOAP niet meer ziek waren dan niet-KOAP van dezelfde leeftijd. Ze vonden dat de KOAP wel een lager geboortegewicht hadden en dat de jongens uit niet-intacte alcoholische gezinnen een kleinere gestalte hadden dan de andere kinderen.

---

[1] Een 'teratogen' is een factor die fysische defecten veroorzaakt bij een embryo of foetus.

Het feit dat in gezinnen met een ouder die alcoholproblemen heeft, meer risico op lichamelijk geweld en verwaarlozing is, betekent dat de kinderen in een minder veilige omgeving opgroeien. Men kan dus veronderstellen dat het risico op ongevallen en kwetsuren verhoogt, naarmate er minder kans is dat een andere volwassene (zoals bijvoorbeeld de niet-drinkende ouder) de veiligheid en goede verzorging van de kinderen kan waarborgen.

In Nederland bleek dat er in 20% van de gevallen van kindermishandeling die bij de Bureaus Vertrouwensartsen gemeld werden, alcoholmisbruik bij een van de ouders vastgesteld werd (Elling-de Boer e.a. (1991) in Cuijpers, (1999)).

De gepaste verzorging van ziekten, de waarborg van een goede lichamelijke verzorging en een veilige omgeving vormen een belangrijk aandachtspunt in gezinnen waar de verzorgende ouder - meestal de moeder- of beide ouders een verslavingsprobleem hebben.

- *Fysiologische reacties:*

Onderzoekers hebben bij zonen van alcoholisten een aantal fysiologische reacties vastgesteld die gerelateerd zijn aan hun verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van alcoholproblemen (Finn & Justus, 1997). Zo zijn er bij KOAP (meer dan bij niet-KOAP) bepaalde fysiologische parameters die correleren met angstreacties en die tot uiting komen als een verhoogde reactie op spanning en stress (bijvoorbeeld een verhoogd hartritme bij stressvolle stimuli).

De grootste verschillen stelde men evenwel vast bij de reacties op alcohol. KOAP blijken een grotere (endogene) bekrachtiging te ervaren bij het drinken van alcohol (Sher, 1993).
Bij zonen van alcoholisten wordt de reactiviteit op zowel stressvolle als niet-stressvolle stimuli drastisch verlaagd door het drinken van alcohol. Dus alcohol heeft voor hen een duidelijk stimulireducerend effect. Ze zijn ook minder gevoelig voor de toxische en de verstorende effecten van alcohol. Dit blijkt uit een verminderd wiegen van het lichaam (body sway), een verlaagde cortisolafscheiding en het minder subjectief rapporteren van intoxicatieverschijnselen. Zo'n verminderde nadelige gevolgen na het gebruiken van alcohol voorspellen toekomstige alcoholproblemen en lijken een significante kwetsbaarheid voor alcoholisme aan te duiden (Finn & Justus, 1997). Het sterker ervaren van de directe positieve (en dus belonende) effecten van alcohol, samen met een verminderde gevoeligheid van de latere negatieve effecten van alcohol maakt dat het risico op verslaving bij KOAP vergroot wordt.

Schukitt (2000) stelt dat vergelijkingen van KOAP- en controlegroepen uitwezen dat er mogelijke belangrijke verschillen zijn op het niveau van reacties op alcohol, van cognitieve attributies en ook verschillen in alcohol-metaboliserende enzymesystemen. Hij vond bovendien deze verschillen niet alleen bij zonen maar ook bij dochters van alcoholisten.
Deze bepaalde risicoverhogende reacties op het drinken van alcohol bij KOAP zijn waarschijnlijk voor een deel genetisch bepaald.

A.1.2. Psychologische factoren

- *Intelligentie*

Kinderen die beschikken over goede cognitieve mogelijkheden kunnen veel beter omgaan met allerlei problemen in hun leven. Intelligentie wordt in de ontwikkelingspsychologische literatuur over het algemeen beschouwd als een belangrijke bron van copingmogelijkheden.

Een lagere intelligentie wordt gezien als een risicofactor die – rechtstreeks of onrechtstreeks - een nadelige invloed kan hebben op de ontwikkeling van kinderen.

In een recente studie hebben Poon e.a. (2000) de invloed onderzocht van het subtype alcoholisme van de ouders op het cognitieve functioneren van de kinderen (in de basisschoolleeftijd). Kinderen van antisociale alcoholisten (cf. type 2) hadden de laagste resultaten wat betreft IQ en schoolvorderingen, wanneer ze vergeleken werden met kinderen van niet-antisociale alcoholisten en met een controlegroep. Bovendien vond men bij de kinderen van antisociale alcoholisten tekorten in verbale vaardigheden, in de abstracte planning- en aandachtsvaardigheden. De auteurs besluiten dat deze onderzoeksresultaten erop kunnen wijzen dat kinderen van antisociale alcoholisten reeds vanaf de basisschool hierdoor meer risico hebben op gedrags- en sociale problemen.

- *Persoonlijkheid*

Er zijn in de literatuur over KOAP twee grote strekkingen terug te vinden als het over 'persoonlijkheidstrekken' gaat, nl. de klinische en de wetenschappelijke literatuur. Gezien het kader van ons project beperken we ons tot de recente wetenschappelijke literatuur.

Sher (1997) constateert in een overzichtsartikel dat de persoonlijkheidskenmerken van KOAP een belangrijk aandachtsgebied zijn bij studies in verband met de intergenerationele transmissie van alcoholisme. Naast de genetische transmissie van neurofysiologische processen, neemt men ook vaak aan dat de transmissie van alcoholisme beïnvloed wordt door de transmissie van persoonlijkheidskenmerken. Men veronderstelt dus dat KOAP en niet-KOAP op bepaalde cruciale persoonlijkheidsdimensies van elkaar verschillen en dat deze verschillen het risico van KOAP op alcohol- en gedragsproblemen verklaren.

Sher stelt dat de term ‘persoonlijkheid’ gebruikt wordt om een beschrijving te geven van *“a large class of variables that includes both very basic, highly heritable traits evident early in development (i.e. temperament) and traits more commonly associated with variation in adult personality”* (p.250).
Persoonlijkheid wordt gedefinieerd als interne, georganiseerde kenmerken van een individu doorheen de tijd en situaties heen, die een motivationele en een adaptieve functie hebben.

De laatste 20 jaar zijn er vele studies gepubliceerd over de persoonlijkheidstrekken bij KOAP. Volgens Sher (1997) moet men voorzichtig zijn met het maken van veralgemeningen over de psychologische karakteristieken van KOAP, omdat het nadelig kan zijn om iemand te beschrijven alleen maar op grond van zijn (alcoholbepaalde) gezinsgeschiedenis.

De literatuur over de persoonlijkheidstrekken bij KOAP is dus zeer uitgebreid, maar toch heerst er een consensus doorheen de meest recente studies. Sher (1997) geeft een overzicht van de persoonlijkheidstrekken bij KOAP aan de hand van <u>drie brede categorieën</u>, die door empirische gegevens ondersteund worden, nl.1. neuroticisme / negatieve emotionaliteit;
2.impulsiviteit / ontremming en 3. extraversie / 'sociability' of 'sociale gerichtheid'.
Kumpfer (1999) stelt ook dat negatieve ontwikkelingstrajecten bij KOAP gekenmerkt worden door bepaalde signalen (die in feite risicofactoren zijn): nl. 1. de neiging tot depressie, een negatief zelfwaardegevoel en zelfbeeld, 2. gedragsproblemen /-stoornis en problemen met zelfcontrole en 3. een tekort aan sociale vaardigheden.

1. Neiging tot het ervaren van negatieve emotionaliteit

Deze categorie van persoonlijkheidstrekken omvat de tendens om negatieve affectieve toestanden te ervaren (zoals depressie en angst), de neiging tot het hebben van schuldgevoelens, zelfverwijten, een negatief zelfwaardegevoel, zelfbeeld en een gevoeligheid voor kritiek.

Cross-sectionele studies bij KOAP leveren gemengde wetenschappelijke ondersteuning op voor verschillen op deze persoonlijkheidsdimensie. Zo zijn er studies die aantonen dat KOAP meer 'neurotisch' zijn dan niet-KOAP, terwijl andere studies geen verschillen tussen beide groepen vinden. KOAP geven over 't algemeen geen (abnormaal) hoge angstniveaus aan. Hoewel KOAP relatieve hoog scoren op depressieschalen, lijkt dit meer situationeel bepaald te zijn en verbonden aan het actief drinken van de ouder.
'Self-esteem' of het zelfwaardegevoel is een concept dat verbonden is met deze persoonlijkheidsdimensie. Over 't algemeen lijken KOAP een lager zelfwaardegevoel te hebben dan niet-KOAP in de kindertijd, de adolescentie en de jongvolwassenheid.

Toch twijfelt Sher (1997) aan de betrouwbaarheid van 'neuroticisme' als discriminator van heterogene groepen KOAP tegenover niet-KOAP. Comorbide stoornissen (zoals angststoornissen of depressies) bij de alcoholistische ouder kunnen van grote invloed zijn, maar worden weinig mee onderzocht. Verder merkt hij op dat actief alcoholisme bij de ouder ontwrichting van het gezin als gevolg heeft, wat op zijn beurt kan leiden tot een tijdelijke verhoging van angst of depressie bij de kinderen. Het zou dan niet correct zijn om deze toestandsbeelden te interpreteren als vaststaande persoonlijkheidstrekken, maar eerder als reactief op de gezinssituatie.

2. Gedragsproblemen en problemen met zelfcontrole

In de literatuur komt men deze categorie van persoonlijkheidstrekken het meest tegen als het gaat over KOAP. Men heeft het dan over persoonlijkheidstrekken als sensatie-zoeken, impulsiviteit, ontremming en agressiviteit ('behavioral undercontrol').

Vele cross-sectionele studies tonen inderdaad aan dat KOAP gekarakteriseerd worden door impulsieve trekken, agressie tot zelfs antisociale gedragstendensen.
Blijkbaar worden deze trekken ook het meest geassocieerd met de ontwikkeling van alcoholproblemen en zijn het dus belangrijke factoren in de intergenerationele transmissie van alcoholisme. Zoals reeds vroeger gezegd, zouden deze persoonlijkheidstrekken bij KOAP ook verbonden kunnen zijn aan bepaalde vormen van ouderlijk alcoholisme (type 2) en/of comorbide antisociale persoonlijkheidstrekken bij de ouder(s).
Het blijkt dus dat KOAP een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van gedragsproblemen en dan vooral van het externaliserende type.

3. Problemen met sociale vaardigheden

Deze categorie van persoonlijkheidstrekken wordt vertaald als de mate van sociale gerichtheid (Extraversie/'sociability'). Men associeert dit volgens Sher (1997) met een positieve emotionaliteit of een positieve affectiviteit en men beschrijft dan kenmerken als hartelijkheid en gezelligheid, sociabiliteit, dominantie en energie. Extraversie blijkt geen betrouwbaar onderscheid te kunnen maken tussen KOAP en niet-KOAP, hoewel extraverte trekken vaker geassocieerd worden met frequente intoxicatie en latere drankproblemen.
Verder blijkt dat als mensen alcoholafhankelijk worden, ze meer en meer introvert worden. Het niet kunnen vinden van verschillen tussen KOAP en niet-KOAP op deze persoonlijkheidsdimensie zou er –volgens Sher- op kunnen wijzen dat men in de betreffende

onderzoeken, heeft nagelaten om te controleren of alcoholafhankelijkheid deze trek kan maskeren. Het zou ook kunnen dat de sociabiliteit van pre-alcoholici meer een uiting van ontremming is dan van echte sociabiliteit.

Verder worden er buiten deze drie categorieën, nog andere persoonlijkheidstrekken genoemd, die ieder in minstens één studie KOAP van niet-KOAP konden onderscheiden. Maar methodologische problemen laten niet toe hier stevige conclusies uit te trekken.
Het betreft hier kenmerken als het moeilijk kunnen herkennen en benoemen van emoties, de locus of control en het vermogen tot zelf-bewustzijn (self-consciousness).
Sher geeft geen verdere uitleg over leeftijds- en geslachtsverschillen bij de kinderen, noch aanwijzingen over welke variabelen aan de basis liggen van concepten als ‘negatieve emotionaliteit’. Er zijn nog geen studies die duidelijk persoonlijkheidstrekken onderzoeken bij de verschillende types van ouderlijk alcoholisme.
Een verdere operationalisering van de kernvariabelen, waarvan uit de literatuur blijkt dat ze kenmerken en tevens markers voor risico zijn, is een vruchtbaar uitgangspunt voor het opzetten van interventieprogramma’s.

Persoonlijkheidstrekken van KOAP volgens de (Amerikaanse) klinische literatuur

Auteurs van populaire klinische werken in de V.S. schrijven ‘COA’ en zeker ‘ACOA’ (volwassen kinderen van alcoholisten), als groep wel heel duidelijk persoonlijkheidstrekken toe, die volgens hen zullen resulteren in aanpassingsproblemen op lange(re) termijn. In schema 3 geven we hiervan een illustratie.

Schema 3: Gemeenschappelijk kenmerken van volwassen kinderen van alcoholisten (ACOA) (Robinson & Rhoden, 1998 (aangepast naar Woititz, 983) (p.176).

Kinderen die opgroeien in ernstig disfunctionele gezinnen waar ouders alcoholisten zijn hebben meestal vele persoonlijkheidstrekken gemeen. ACOA die zich herkennen in vele of alle van de volgende kenmerken kunnen troost vinden in het idee dat ze niet alleen zijn. De lijst van kenmerken kan voor hen een gids voor persoonlijke genezing zijn. Zij die deze gedragingen geleerd hebben in een disfunctionele, ongezond gezin kunnen ze leren veranderen door een persoonlijk herstelprogramma.

ACOA:

1. *raden wat normaal is.*
2. *hebben moeilijkheden om een project te volgen vanaf het begin tot het einde.*
3. *liegen wanneer het net zo gemakkelijk is om de waarheid te vertellen.*
4. *beoordelen zichzelf genadeloos.*
5. *hebben het moeilijk om plezier te maken.*
6. *nemen zichzelf zeer serieus.*
7. *hebben problemen met intieme relaties.*
8. *overreageren op veranderingen waar ze geen controle over hebben.*
9. *zoeken voortdurend naar goedkeuring en bevestiging.*
10. *voelen dat ze anders zijn dan andere mensen.*
11. *zijn of extreem verantwoordelijk of extreem onverantwoordelijk.*
12. *tonen zich extreem loyaal, zelfs wanneer ze geconfronteerd worden met bewijzen dat hun loyaliteit niet verdiend is.*
13. *zoeken naar onmiddellijke i.p.v. uitgestelde bevrediging.*
14. *zetten zichzelf vast in bepaalde gedragspatronen, zonder alternatieve gedragingen of mogelijke consequenties in overweging te nemen.*
15. *zoeken spanning en crisis op en klagen vervolgens over de gevolgen.*
16. *vermijden conflicten of maken ze erger dan ze zijn, zelden pakken ze de conflicten aan.*
17. *vrezen verworpen of in de steek gelaten te worden, terwijl ze zelf wel anderen verwerpen.*
18. *vrezen te mislukken, maar ze saboteren hun successen.*
19. *vrezen bekritiseerd en beoordeeld te worden, terwijl ze zelf anderen bekritiseren en beoordelen.*
20. *hebben moeite met time-management,en maken geen prioriteiten die hen goed uitkomen.*

Deze persoonlijkheidskenmerken worden zodanig geformuleerd dat ze op iedereen van toepassing kunnen zijn en helemaal niet specifiek voor KOAP zijn.
Bovendien zijn de formuleringen vaag ('ACOA hebben het moeilijk om te bepalen wat 'normaal'), ze zijn als uitersten beschreven ('ACOA zijn zowel super-verantwoordelijk als super-onverantwoordelijk'), ze bevatten sociaal wenselijke kenmerken('ACOA zijn gevoelig voor de noden van anderen') en kan (bijna) iedereen zich hierin herkennen ('ACOA voelen zich ongemakkelijk als ze in het middelpunt van de belangstelling staan').

Enkele van de genoemde kenmerken komen wel overeen met die uit de wetenschappelijke literatuur. Zo zijn kenmerken 13 en 14 uit schema 3 te plaatsen bij impulsiviteit. Maar over het algemeen houdt de klinische literatuur te weinig rekening met de heterogeniteit van KOAP. Het beeld dat men schetst is te algemeen en vooral te pessimistisch. Men richt zich vooral op de (onvermijdelijke) negatieve gevolgen van het hebben van ouders met alcoholproblemen en de aangeboden hulp moet zich dan richten op het wegwerken van de negatieve gevolgen.
Men schrijft zelden over de sterke kanten van deze kinderen en hoe men weerbaarheid kan versterken. De meer recente publicaties doen dit meer en meer (Robinson & Rhoden ,1998).

A.2. Risicofactoren in de omgeving:

Omgevingsfactoren, en dan vooral gezinsfactoren, zijn kenmerken van de context waarin kinderen opgroeien. Sommige kenmerken van die omgeving kunnen de ontwikkeling van kinderen - rechtstreeks of onrechtstreeks - negatief beïnvloeden.

In de wetenschappelijke literatuur over KOAP zijn er vele onderzoeken die aantonen dat gezinnen met een alcoholistische ouder vaak bepaalde kenmerken hebben die verantwoordelijk kunnen zijn voor het verhoogde risico van deze kinderen op de ontwikkeling van alcoholafhankelijkheid en andere psychopathologische problemen.

Meerdere auteurs (Sher, 1991, McGue,1997) vermelden in overzichten van genetische studies over intergenerationele transmissie van alcoholisme dat omgevingsfactoren nog steeds onderschat worden. Ter illustratie hiervan citeren we Rose (1995) die volgende uitspraak baseert op uitvoerige genetische research:
"Genetische effecten zijn krachtiger eens iemand met drinken is begonnen, maar omgevingseffecten hebben meer invloed in het voorspellen van abstinentie. De keuze om te gebruiken en om te beginnen met gebruiken is niet genetisch, maar wordt meer beïnvloed door het gezin en door de schoolomgeving".

Het is evident dat alcoholafhankelijkheid van ouder(s) en effectief ouderschap niet verenigbaar zijn. De afhankelijkheidsproblemen ontregelen het gezin, verstoren de onderlinge relaties en maken dat de ouder(s) emotioneel minder beschikbaar en vaker onvoorspelbaar is (zijn) voor de kinderen. Volledig in beslag genomen door de alcoholafhankelijkheid en de gevolgen hiervan, zijn ouders vaak niet in staat de (noodzakelijke) ouderlijke taken en verantwoordelijkheden te volbrengen.

We zullen de resultaten van de meest relevante onderzoeken uit de literatuur weergeven aan de hand van de indeling die voorgesteld wordt door Ellis e.a. (1997) en door Jacob en Johnson (1997). Zij maken een onderscheid tussen alcohol-specifieke en alcohol-nonspecifieke omgevingsinvloeden.

- *De alcohol-specifieke invloeden* maken KOAP meer kwetsbaar voor de ontwikkeling van alcoholproblemen. We bespreken hierbij de modeling van ouderlijk drinkgedrag en de verwachtingen t.a.v. alcohol.
- *De alcohol-nonspecifieke invloeden* zijn risicofactoren die kinderen kwetsbaar maken voor verschillende soorten van problemen, waaronder ook alcoholproblemen. Hiertoe behoren o.a. kenmerken van de ouder-kindinteractie, van het opvoedingsgedrag van de ouders en van het gezinssysteem.

Schema 4: Risicofactoren in het gezin die de ontwikkeling van psychopathologie bij KOAP beïnvloeden (Ellis e.a., (1997).

Risicofactor	*Onderzoeksresultaten*
Alcohol-specifieke gezinsinvloeden *(1)*	
- modeling van drinkgedrag	*KOAP kennen op jongere leeftijd meer alcoholische dranken en ontwikkelen eerder schema's/overtuigingen i.v.m.alcoholgebruik.*
- alcoholverwachtingen	*KOAP hebben meer positieve verwachtingen ten aanzien van de bekrachtigende effecten van alcohol.*
- etniciteit en drinkgewoonten	*KOAP van bepaalde etnische groepen kunnen een groter risico hebben voor alcoholmisbruik omwille van de interactie tussen alcoholverwachtingen en etniciteit.*
Alcohol-nonspecifieke gezinsinvloeden *(1)*	
- ouderlijke psychopathologie	*Bepaalde KOAP groeien op in een gezin waarin de ouders psychiatrische stoornissen hebben, zoals een antisociale persoonlijkheidsstoornis of een depressie, samen met een alcoholafhankelijkheidsstoornis.*
- socio-economische status (SES)	*KOAP komen meer uit gezinnen met een lagere SES, waarbij er sprake is van financiële stress.*
- algemene gezinspathologie	*Alcoholische gezinnen worden gekenmerkt door een lage cohesie, een hoog conflictniveau en gebrekkige probleemoplossingvaardigheden. KOAP komen ook meer uit gebroken gezinnen.*
- agressie/geweld in het gezin	*KOAP kunnen meer het slachtoffer van lichamelijke mishandeling worden en meer getuige zijn van gezinsgeweld.*
- ouderlijke cognitief (impairment)	*KOAP kunnen meer opgevoed worden door ouders met lagere cognitieve mogelijkheden en in een weinig stimulerende omgeving.*

(1) Alcohol-specifieke gezinsinvloeden voorspellen meer alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, terwijl alcohol-nonspecifieke gezinsinvloeden verschillende psychiatrische stoornissen kunnen voorspellen, waaronder alcoholisme.

A.2.1. Alcohol-specifieke omgevingsinvloeden

Alcohol-specifieke invloeden zijn invloeden vanuit het gezin die specifiek zijn voor KOAP, omdat ze geconfronteerd worden met een drinkende ouder. Het zijn factoren die een rechtstreeks gevolg zijn van ouderlijk alcoholmisbruik en die een impact hebben op het eigen alcoholgebruik/misbruik van KOAP.

Modeling van ouderlijk drinkgedrag

Kinderen leren veel door het voorbeeldgedrag van hun ouders te observeren en te imiteren. Dit geldt ook voor het gebruik (misbruik) van alcohol. Verschillende studies tonen aan dat ouders en hun kinderen ongeveer dezelfde drinkgewoonten vertonen (Ellis e.a., 1997).
In vergelijking met niet-KOAP, kunnen KOAP - zelfs op heel jonge leeftijd - verschillende soorten alcoholische dranken herkennen aan hun geur (Zucker e.a., 1995). Maar of dit soort van informatie alleen leidt tot meer risico is onwaarschijnlijk.

Vanuit de sociale leertheorie weten we dat kinderen meer leren van modeling, naarmate ze zich meer identificeren met het model en er dus ook meer waardering voor hebben. In dit kader heeft McCord (1988) een interessant onderzoek gedaan dat aantoont dat kinderen van alcoholistische vaders later meer alcoholproblemen vertonen wanneer hun moeders de drinkende vader sterk waardeert. Goedkeuring door de moeder verhoogt dus de kans op identificatie met de vader (en zijn drinkgedrag) door de kinderen. Modeling heeft dus slechts een invloed bij een bepaalde groep van KOAP. Jacob & Leonard (1994) wezen er op dat modeling meer voorkomt in die gezinnen waar de ouder minder ernstige alcoholproblemen heeft, die pas later ontstaan zijn en er weinig comorbide psychopathologie aanwezig is.

Niet alleen de ouders hebben invloed op hun kinderen, maar kinderen onderling beïnvloeden elkaar ook. Er zijn een aantal studies die aantonen dat kinderen in een gezin op elkaar lijken in hun patronen van alcoholgebruik. Brook e.a. (1990) beschrijven processen van modeling als een mogelijke verklaring hiervoor. Oudere kinderen in een gezin kunnen hun jongere broers /zussen beïnvloeden in hun attitudes, waarden en in hun gedragingen. De invloed die broers en zussen op elkaar hebben is belangrijk, maar zeer weinig onderzocht.

De ontwikkeling van alcoholverwachtingen

Alcoholverwachtingen zijn verwachtingen en overtuigingen in verband met de effecten van alcohol, die individuele verschillen in drinkgedrag kunnen verklaren en voorspellen. Het zien drinken van ouders, hen over het drinken en de betekenis van alcohol horen praten, zijn observaties die een invloed hebben op hoe kinderen denken over alcohol en de effecten ervan.

Alcoholverwachtingen ontwikkelen zich reeds vroeg bij kinderen, lang voordat ze zelf alcohol gebruiken. De overtuigingen van een kind in verband met de effecten van alcohol kunnen belangrijke voorspellers zijn van later alcoholgebruik/misbruik. Men weet echter nog weinig met zekerheid over de relatie tussen de ernst van het ouderlijk alcoholisme en de ontwikkeling van positieve of negatieve verwachtingen bij KOAP.
In vergelijking met niet-KOAP, verwachten KOAP meer positieve en/of bekrachtigende effecten van alcohol. Met andere woorden, ze verwachten meer dat ze zich door alcohol goed zullen voelen, de stress zal verdwijnen (Sher e.a.,1991).

Wiers (1994) vond dat KOAP, voor ze zelf beginnen te drinken, negatieve alcoholverwachtingen hebben. Wanneer ze zelf beginnen te drinken, veranderen deze negatieve alcoholverwachtingen in positieve verwachtingen, vermoedelijk doordat hun lichaam positieve, bekrachtigende reacties vertoont na het drinken van alcohol. Zoals we reeds beschreven hebben bij de fysiologische reacties van KOAP op alcohol, ervaren ze sneller de positieve effecten en pas later de negatieve.

Wanneer de ouderlijke drinkpatronen veranderen, veranderen ook de aard en de impact van de alcoholverwachtingen van de kinderen. Chassin e.a. (1993) vonden in een studie dat adolescenten van vaders die van hun alcoholproblemen herstelden meer overtuigd waren van gematigd drinken en dus minder alcohol gebruikten. Deze bevinding ondersteunt mede de overtuiging dat wanneer de alcoholafhankelijke ouder een behandeling volgt, dit ook zeer positieve gevolgen heeft op het gezin en de kinderen.

A.2.2. Alcohol-nonspecifieke omgevingsinvloeden

Alcohol-nonspecifieke invloeden zijn allerlei soorten van gezinsinvloeden, die niet specifiek voor gezinnen met een alcoholprobleem zijn, maar die wel hierdoor beïnvloed kunnen worden. Deze invloeden kunnen ook voorkomen in de gezinnen van niet-KOAP. We bespreken achtereenvolgens de ouder-kindinteracties, het opvoedingsgedrag van de ouders, het gezinssysteem, ouderlijke factoren, life-events, sociale netwerkfactoren en factoren in hulpverleningssystemen.

De ouder-kindinteracties

In de ontwikkelingspsychologie is de kwaliteit van de ouder-kindrelatie een zeer -zoniet de meest- belangrijke variabele die bepalend is voor de psychologische ontwikkeling van kinderen. Vele andere gezinsvariabelen, zoals bijvoorbeeld het opvoedingsgedrag van de ouders, de invloed van echtelijke problemen tussen de ouders onderling enz., verlopen via de ouder-kindinteracties.

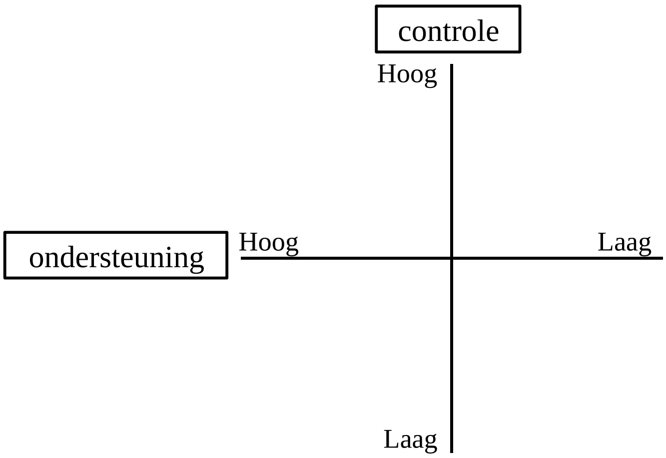
Het is een algemeen gegeven dat alcoholisme het gezinsleven grondig verstoort en in de eerste plaats de relaties tussen de gezinsleden. In vele studies vindt men dan ook meer verstoorde ouder-kindinteracties in alcoholistische gezinnen in vergelijking met normale controle gezinnen (Moser & Jacob, 1997). De hechtingsrelatie van KOAP met hun ouders blijken minder warm en meer conflictueus te zijn, zeker wanneer de moeder verslaafd is.

Men stelt in verschillende onderzoeken vast dat de interacties minder vriendelijk en meer negatief zijn. Hunt (1997) rapporteert dat KOAP vaak opgroeien in gezinnen met meer echtelijke en gezinsconflicten, minder moederlijke en/of vaderlijke steun en minder consistent ouderlijk gedrag. Das Eiden & Leonard (1996) vonden dat kinderen van zwaar drinkende vaders meer 'onveilig' gehecht waren in vergelijking met kinderen van licht drinkende vaders. Senchak e.a. (1995) onderzochten de vroege gezinsomgeving en vonden duidelijke verschillen tussen een groep KOAP, kinderen van gescheiden ouders en een controlegroep. KOAP bleken in vergelijking met de andere groepen minder warmte te ervaren van de kant van hun vader. KOAP en de kinderen van gescheiden ouders groeien op in een gezin dat gekenmerkt wordt door meer ouderlijke conflicten.

Het opvoedingsgedrag van de ouders

De opvoedingsstijl van ouders wordt meestal gesitueerd op twee dimensies:
1. ondersteuning: de mate waarin de ouders zich positief betrokken voelen bij hun kinderen, hen warmte, affectie en steun bieden.
2. controle: de mate waarin de ouders hun kinderen vrijheid en ruimte geven om zich te ontwikkelen, maar hen ook de nodige (leeftijdsadequate) discipline, toezicht en supervisie bieden.

Schema 5: de opvoedingsdimensies



Wanneer de opvoedingsdimensie met elkaar gecombineerd worden, komen we tot de vier opvoedingsstijlen:
- hoge controle en hoge ondersteuning: een overbeschermende opvoedingsstijl
- hoge controle en lage ondersteuning: een controlerende opvoedingsstijl
- lage controle en lage ondersteuning: een verwaarlozende opvoedingsstijl
- lage controle en hoge ondersteuning: een optimale opvoedingsstijl.

Het spreekt vanzelf dat de mate van controle vanwege de ouders, en dus ook de mate van autonomie, afhankelijk is van de leeftijd van het kind. Om zich optimaal te ontwikkelen heeft een adolescent minder ouderlijke controle nodig dan een jonger kind.
De hierboven beschreven opvoedingsstijlen kunnen we concretiseren naar een aantal opvoedingsvaardigheden van de ouders, zoals het tonen van positieve betrokkenheid, het positief en systematisch aanmoedigen van gewenst gedrag van de kinderen, het consequent leiding geven (discipline), het overzicht houden over het doen en laten van de kinderen en het in gezinsverband kunnen oplossen van problemen.

Indien de ouders over te weinig opvoedingsvaardigheden beschikken of ze door eigen problemen -zoals een alcoholafhankelijkheid- niet voldoende daadwerkelijk toepassen, betekent dat een risico voor de ontwikkeling van psychologische problemen bij de kinderen.

Jacob en Johnson (1997) benadrukken dat vele studies in de V.S. een nauw verband aantonen tussen een antisociale persoonlijkheidsstoornis en alcoholisme. Hieruit zou men kunnen besluiten dat ouder-kindinteracties die leiden tot agressief, antisociaal gedrag bij kinderen een belangrijke rol spelen in de etiologie van alcoholisme, zowel bij KOAP als bij niet-KOAP. De bovengenoemde auteurs verwijzen naar het werk van Patterson e.a. (1992), die op basis van longitudinaal onderzoek een verband vaststelden tussen tekorten in ouderlijke vaardigheden in de controledimensie (discipline en monitoring) en de ontwikkeling van 'undercontrolled' gedrag bij de kinderen. Verder onderstreepten ze de uitgesproken negatieve invloed van een dwingende interactiestijl tussen ouders en hun kinderen. Deze interactiestijl wordt gekenmerkt door 1) inconsistente bekrachtiging van het gewenst gedrag van de kinderen door de ouders, 2) onduidelijke verwachtingen van de ouders in verband met het gedrag van de kinderen en 3) een tekort aan volgzaam gedrag van de kant van de kinderen (reeds op peuterleeftijd). Vanaf dan zetten er zich een aantal processen in gang die leiden tot een langzame, maar zekere versterking van negatieve -en in bepaalde gevallen ook alsmaar afnemende- ouder-kindinteracties. Van de kant van de ouders stelden ze verwerping vast van het kind en minder contact tussen ouders en kind gedurende de lagere schoolleeftijd. De ouders schoten tevens tekort in het leiding geven (discipline), toezicht houden en communicatie gedurende de adolescentie. Dit heeft als gevolg dat het ontstaan van gedragsproblemen en het risico op alcohol- en ander drugmisbruik verhogen. Deze dwingende interactiestijl breidt zich uit naar de relaties met leeftijdgenoten en leerkrachten, met het risico op verwerping door leeftijdgenoten en problemen op school. Het risico op aansluiting bij deviante leeftijdgenoten wordt dan alsmaar reëler. De uiteindelijke gevolgen van deze processen zijn een versterking van de negatieve ouder-kindinteracties en een ernstig risico op deviant, delinquent gedrag en alcohol- en ander drugmisbruik.

Brook e.a. (1990) hebben eveneens een longitudinaal onderzoek verricht, waarin ze nagingen in welke mate opvoedingskenmerken van ouders de ontwikkeling van alcohol- en ander druggebruik/misbruik bij adolescenten beïnvloeden. Ze stelden vast dat het niveau van wederzijdse warmte, steun en controle in de relatie tussen ouders en adolescenten een significante voorspeller is van het risico op het gebruik van drugs (marihuana) bij adolescenten. Ook persoonlijkheidskenmerken van de adolescenten zoals sensatie zoeken, opstandigheid en tolerantie voor afwijkend gedrag zijn sterke voorspellers. Een hechte, positieve relatie tussen ouders en adolescenten is dan weer een protectieve factor (zie infra).

Het gezinssysteem

- Gezinsinteractiepatronen

Het is een algemeen bekend feit dat de alcoholverslaving van een ouder het gezin ontwricht en de gezinsrelaties ernstig onder druk zet. De onderzoeksliteratuur bevestigt inderdaad dat er meer problematische interacties zijn in gezinnen met een alcoholverslaafde ouder (West & Prins (1987), Seilhamer & Jacob (1990), von Knorring (1991), Sher (1991), Steinhausen (1995)).

Hoewel er ook steeds op gewezen wordt dat deze gezinnen onderling sterk van elkaar kunnen verschillen, vindt men in de verschillende publicaties dezelfde gezinskenmerken terug:

- een laag cohesieniveau, dus geen hechte (vertrouwens) banden tussen de gezinsleden
- een hoog conflictniveau
- minder probleemoplossende vaardigheden
- een problematische onderlinge communicatie, nl. meer negatieve en vijandige communicaties tussen de gezinsleden.

Een aantal studies (o.a. Moos & Billings, 1982) toonden aan dat het gezinsmilieu van KOAP en niet-KOAP verschilden, maar dat vele verschillen gerelateerd bleken te zijn aan de huidige ‘drink-status’ van de alcoholische ouder. Wanneer de ouder hersteld was van zijn alcoholproblemen, bleek het gezinsmilieu niet significant te verschillen van niet-KOAP gezinnen (Sher, 1993).

Jarmas & Kazak (1992) onderzochten dezelfde gezinskenmerken, nl. gezinsconflicten, ouderlijke inconsequentie, een laag cohesie- en organisatieniveau en een problematische communicatie. Zij vonden dat vooral de inconsequentie van de kant van de vader discrimineerde tussen alcoholistische en niet-alcoholistische gezinnen.

Een gezinssysteem verandert in de tijd. Zo kunnen verschillende kinderen in hetzelfde gezin geconfronteerd worden met de verschillende stadia van het ouderlijk alcoholisme en bijgevolg dus ook met de overeenkomstige aanpassingsniveaus van het gezinsfunctioneren. Puttler e.a. (1996) stelden vast dat KOAP waarvan de ouders van hun alcoholverslaving aan het herstellen waren, wat betreft hun gedrag en cognitief functioneren niet verschilden van niet-KOAP, terwijl de kinderen van actieve alcoholisten minder goed functioneerden.

De concepten van gedeelde en niet-gedeelde omgevingsinvloeden kunnen deze verschillen verklaren. Gedeelde omgevingsinvloeden zijn gezinskenmerken die relatief stabiel blijven doorheen de verschillende gezinsstadia (kleine kinderen, schoolgaande kinderen, pubers,...). Deze hebben eenzelfde invloed op alle kinderen. Niet-gedeelde omgevingsinvloeden zijn voor elk kind in een gezin verschillend en afhankelijk van de leeftijd en geboorterang. Zo heeft een alcoholistische vader in een fase van overmatig drinken, gepaard gaande met allerlei stressvolle gebeurtenissen (ruzies met geweld tussen de partners, een auto-ongeval,…) een andere impact op een 12-jarig dan op een 3-jarig kind.

Interessante onderzoeken in verband met gezinspatronen vinden we bij Wolin e.a. (1980). Deze auteurs beschreven twee types van gezinnen, nl. 'subsumptieve' en 'distinctieve' alcoholistische gezinnen. In de subsumptieve of 'ritueel-arme' (ritual-deprived) gezinnen verstoorde het ouderlijk alcoholmisbruik de routines (bijvoorbeeld maaltijden) en rituelen (bijvoorbeeld vakanties) in het gezinsleven.
In distinctieve of 'ritueel-beschermende' (ritual-protected) gezinnen had het ouderlijk alcoholmisbruik geen invloed op de gezinsroutines en -rituelen. In deze gezinnen werd alcoholmisbruik en/of de misbruiker uitgesloten op bepaalde tijden, zoals tijdens gezinsroutines en -rituelen. Kinderen uit distinctieve gezinnen bleken zelf minder alcoholproblemen te ontwikkelen dan KOAP uit de subsumptieve gezinnen. Wolin (1995) noemt rituelen een toegankelijk venster waardoor we zicht krijgen op het rijke panorama van het gezinsleven.
De gezinsinteractiepatronen wezen bij KOAP dus uit dat de gezinsleden niet over een aantal noodzakelijke vaardigheden beschikken en/of ze -in de gegeven omstandigheden- niet kunnen toepassen. Het gaat dan om vaardigheden die de kwaliteit van de onderlinge relaties en van het gezinsleven waarborgen. Vooral communicatieve vaardigheden zijn hier belangrijk: kunnen luisteren en duidelijke en directe boodschappen geven. Integendeel, de verhoogde mate van 'gezinsstoringen' bleek uit een verhoogd voorkomen van echtscheiding, met meestal een negatieve invloed op de ontwikkeling van de kinderen (minder gezinsinkomen, verhoogd risico op conflicten over voogdij en bezoekrecht tussen de ouders,…). Sher (1993) onderstreept hierbij de belangrijke bevinding van studies die controlegroepen gebruikten van niet-alcoholische problematische koppels, nl. dat verstoorde gezinsinteractie niet specifiek was voor alcoholische gezinnen, maar ook kenmerkend was voor andere probleemgezinnen.

Agressie en geweld in het gezin

Van oudsher wordt alcoholisme geassocieerd met geweld in het gezin. In vele studies wordt inderdaad een verband gevonden tussen alcoholisme en geweld in het gezin en in de echtpaarrelatie (Leonard e.a. (1985), O'Farrel & Murphy (1995)).

Gezinsgeweld kan kinderen ernstig traumatiseren. Ofwel doordat ze getuigen zijn van geweld op een ouder en/of broers/zussen ofwel doordat ze zelf het slachtoffer zijn. Op basis van de literatuur kan men duidelijk stellen dat KOAP een hoger risico hebben om misbruikt (lichamelijk, emotioneel of seksueel) te worden (Sher, 1991, Sher,1993). Ook hier is het evident dat de comorbide pathologie van de drinkende ouder een belangrijke rol speelt.
Zo vonden bijvoorbeeld Zucker e.a. (1996) een verband tussen ouderlijk alcoholisme en verhoogde gezinsagressie en/of kindermisbruik. Dit verband is volgens hen kenmerkend voor gezinnen waar een (of beide) ouder(s) een antisociale persoonlijkheidsstoornis als comorbide problematiek heeft (hebben). Vele studies op dit domein kampen evenwel met methodologische problemen en er is verder onderzoek nodig (Sher, 1993).

Ouderlijke factoren

De volgende factoren van de ouders vormen een duidelijk risico voor de ontwikkeling van het kind:

- Psychopathologie van de ouder(s)

Het is evident dat een verslaving van de ouder(s) hier de belangrijkste factor is. We stelden reeds dat de preoccupatie van vader en/of moeder met zijn/haar alcoholverslaving de kinderen kwetsbaar maakt voor psychologische problemen. Het risico voor de kinderen neemt toe wanneer er bovendien ook nog sprake is van een comorbide problematiek, zoals een depressie, angststoornissen, een antisociale of een andere persoonlijkheidsstoornis.
Het onderzoek rond deze comorbide problemen is redelijk recent.
Een aantal auteurs (o.a. Johnson & Jacob (1995), Chassin e.a. (1991)) melden dat deze alcohol-nonspecifieke risicofactor een verhoging meebrengt van non-alcoholgerelateerde problemen bij KOAP, zoals bijvoorbeeld depressie en delinquentie. Kinderen waarvan beide ouders een psychiatrische stoornis hebben, hebben het hoogste risico.

- Echtelijke problemen

Problemen in de partnerrelatie is meestal een van de eerste relationele problemen die ontstaan door een alcoholverslaving. Daarenboven komen nog de 'gewone' problemen die zich in een gezin met opgroeiende kinderen voordoen en die ook een bedreiging kunnen vormen voor de partnerrelatie.

Een stabiele en harmonieuze partnerrelatie is de beste basis voor een gezond gezin en dito opvoeding van de kinderen. Het is dan ook evident dat echtelijke conflicten, zeker wanneer die chronisch en onoplosbaar zijn, een ernstige stressor zijn voor de kinderen die hiermee moeten opgroeien:

- er is minder ouderlijke samenwerking in de opvoeding
- kinderen raken emotioneel (over)belast, doordat hun gevoelens van veiligheid en hun loyaliteitsgevoelens in het gedrang komen

- kinderen voelen zich vaak schuldig en verantwoordelijk voor de echtelijke conflicten van de ouders.

Indien de echtelijke problemen resulteren in een echtscheiding, kan dat ook voor de kinderen bijkomende negatieve effecten hebben (Senchak e.a., 1995).

- Desorganisatie van het gezin

Een alcoholverslaving verhoogt het risico op een chaotische gezinsomgeving. Hierbij is de fase van de verslaving en de rol van de niet-verslaafde ouder dan ook zeer belangrijk. Bij een actief-drinkende ouder en een partner die volledig door de verslavingsproblemen van de ander in beslag genomen wordt, is er niet veel tijd en psychische ruimte beschikbaar voor een (efficiënte) organisatie van het gezinsleven.
Dit uit zich dan in inconsistente gezinsregels en -afspraken, onduidelijke taakverdelingen (wie doet wat wanneer) en het ontbreken van regelmaat en routines. Chaos in het gezin en meerdere problemen op verschillende niveaus zijn dan het gevolg (en de oorzaak). De verzorging van de kinderen, het huishouden, het geldbeheer,… lopen mis.
Het niet goed functioneren van de niet-verslaafde partner in het gezin is dus een zeer belangrijke risicofactor. We vinden in de literatuur aanwijzingen, die ook overeenkomen met de klinische indrukken, dat als het de moeder is die verslaafd is, de impact op het gezin groter is, en bijgevolg risicovoller voor de kinderen.

Levensgebeurtenissen

Levensgebeurtenissen of life-events zijn 'feiten van het leven' waar kinderen mee geconfronteerd worden en die veel (negatieve) stress veroorzaken zoals ziekenhuisopnamen van een ouder, ongevallen, overlijden,... Orford (1989) rapporteert bij KOAP meer negatieve levenservaringen in de kindertijd, gepaard gaande met een verarmd sociaal leven en het thuis vaak alleen gelaten worden.
Kinderen in deze gezinnen dragen vaker verantwoordelijkheden die niet bij hun leeftijd passen. 'Parentificatie' wil zeggen dat kinderen de ouderrol of verzorgende rol op zich nemen tegenover hun ouder(s). We spreken pas van parentificatie wanneer de verantwoordelijkheden niet bij de leeftijd van het kind passen (bijvoorbeeld een 10-jarige die haar dronken moeder in bed stopt, de kleinere broertjes en zusjes verzorgt en naar school brengt enz).

De resultaten van de studie van Havey en Dodd (1994) suggereren een relatie tussen negatieve gebeurtenissen in het gezin en vroeg experimenteergedrag met drugs, schoolcompetentie en sociale problemen. In dit onderzoek rapporteerden de KOAP meer negatieve life-events, minder goede gebeurtenissen in het gezin, meer conflicten en minder gezinscohesie dan niet-KOAP.

Sociale netwerkfactoren

Een gezin met een verslaafde ouder heeft de neiging om zich op zichzelf terug te trekken en loopt het risico om sociaal geïsoleerd te raken. De relaties van het gezin met buitenstaanders (familie, vrienden, buurtleven…) dreigen verstoord te geraken vanuit beide kanten. Door de spanningen in het gezin komt er minder bezoek, wordt het gezin minder uitgenodigd op feestjes (risico op dronkenschap). Maar het gezin wil vaak ook zelf minder contact met anderen omdat ze zich schamen voor het gedrag van de alcoholist en ook het probleem verborgen willen houden voor de buitenwereld.
Een alcoholverslaving van een ouder veroorzaakt veel stress in het gezin. De gezinsleden worden meer belast, de hulpbronnen dreigen te verminderen en in de ergste gevallen helemaal weg te vallen.

We stelden reeds dat in (bepaalde) gezinnen met een alcoholische ouder de gezinsleden *onderling minder steun* van elkaar ervaren. Nochtans is sociale steun een zeer belangrijke factor voor de ontwikkeling van kinderen (zie protectieve factoren).

Sher (1991) stelt dat het dus logisch is dat onderzoekers de aard en de mate van sociale steun bij KOAP bestudeerd hebben. Maar de resultaten zijn niet zo makkelijk te evalueren omdat er verschillende meetinstrumenten gebruikt werden en omdat de gerapporteerde resultaten eerder schaars zijn.

Clair & Genest (1987) vonden dat KOAP en niet-KOAP vergelijkbare sociale steun kregen, maar KOAP bleken significant minder 'informationele' steun te ervaren dan niet-KOAP.
Verder bleek steun in de vorm van informatie negatief te correleren met de neiging tot depressie en positief met zelfwaardegevoel bij KOAP.

In vele etiologische modellen lijkt de (negatieve) invloed van leeftijdsgenoten de uiteindelijke ontwikkelingslijn (pathway) naar het beginnen met gebruik te bepalen. Ook het schoolklimaat speelt een belangrijke rol (zie protectieve factoren).

B. Protectieve factoren:

De uiteindelijke ontwikkeling van kinderen wordt niet alleen negatief beïnvloed door risicofactoren, maar wordt eveneens bepaald door de aanwezigheid van beschermende factoren. Ze beschermen kinderen tegen het ontstaan en voortduren van psychologische problemen, ondanks het feit dat er bij het kind zelf of in de omgeving van het kind factoren zijn die zijn/haar ontwikkeling bedreigen. Het is een opmerkelijk gegeven dat we in de literatuur over KOAP minder onderzoeken gevonden hebben over protectieve factoren.
Hierbij merken we op dat risico- en protectieve factoren vaak twee zijden zijn van dezelfde medaille. Een hoge intelligentie is bijvoorbeeld een protectieve factor, terwijl een lage intelligentie juist een risicofactor kan zijn.

Net zoals bij risicofactoren kunnen we protectieve factoren eveneens onderverdelen in factoren bij het kind en in de omgeving.

B.1. Protectieve factoren bij het kind:

B.1.1. Biologische factoren

Meermaals kwamen we in de literatuur tegen dat jongens meer risico hebben en dus dat het feit van een meisje te zijn wel eens een protectieve functie kan hebben (Werner, 1986; Sher,1991). Maar of dit nu met louter biologische (genetische) kenmerken te maken heeft is nog weinig onderzocht. Meerdere hypothetische verklaringen zijn hiervoor denkbaar, maar het valt buiten het bestek van deze literatuurstudie om hier dieper op in te gaan.

B.1.2. Psychologische factoren

Het betreft hier persoonlijke kenmerken van een kind die een beschermende functie hebben in de ontwikkeling. In tegenstelling tot wat we vaak veronderstellen, zijn protectieve kenmerken niet noodzakelijk ‘aangename’ of sociaal wenselijke kenmerken (Rutter,1985).

In een longitudinaal onderzoek vond Werner (1986) een aantal persoonlijke kenmerken bij KOAP die geen problemen vertoonden in hun kindertijd en adolescentie en hen onderscheidden van KOAP die wel problemen hadden:

1. temperamentkenmerken die positieve aandacht oproepen van opvoeders
2. een gemiddelde intelligentie en adequate communicatievaardigheden (in lezen en schrijven)
3. een gerichtheid om te presteren
4. een verantwoordelijke, betrokken attitude
5. een positief zelfbeeld
6. een meer interne locus of control, goed ontwikkelde zelfcontrolevaardigheden
7. het geloof om zichzelf te kunnen helpen.

Algemeen wordt er aangenomen dat coping een krachtige protectieve factor is. We gaan hier wat dieper in op het begrip ‘coping’ omdat het in feite een kernbegrip is voor ons project. Coping kunnen we omschrijven als actieve pogingen om het hoofd te bieden aan bedreigende situaties. Het zijn manieren om stress te hanteren. Van Der Ploeg (90) beschrijft het verwerkingsproces van stressvolle situaties volgens Lazarus: “Coping kan gezien worden als veranderende cognitieve en gedragsmatige inspanningen om specifieke externe en/of interne eisen aan te kunnen, die als belastend beleefd worden” (Lazarus en Folkman, 1984).
Volgens hem kent het verwerkingsproces een bepaald faseverloop: eerst komt de confrontatie met de stressor. De centrale vraag hierbij is hoe het kind tegen de bedreigende situatie aankijkt. Voelt het zich bedreigd of denkt het dat de situatie van weinig belang is voor hem/haar? In het laatste geval zal het geen stress ervaren. De volgende stap is het afwegen van de situatie. Welke middelen zullen worden ingezet om met de stressgevende situatie om te gaan? En ten slotte volgt de keuze van de strategie, gevolgd door een wel/niet geslaagde oplossing. Het is evident dat kinderen en jongeren die zich in een stressvolle situatie bevinden, niet rustig zo'n rationeel afwegingsproces maken. Velen voelen zich onzeker, ontredderd en/of verward onder de druk van de problemen.
Ieder kind leert tijdens zijn ontwikkeling om op bepaalde manieren om te gaan met stress. Aanvankelijk staan de ouders hier model voor. Naarmate het kind ouder wordt, breidt zijn sociale wereld uit en kunnen ook andere significante volwassenen en/of jongeren als voorbeeld dienen. Coping is een proces dat beïnvloed wordt door de cognitieve vermogens.
Hoe jonger het kind, hoe meer afhankelijk het is van zijn omgeving om bedreigende situaties het hoofd te kunnen bieden.
Zo ontwikkelt ieder kind/jongere eigen copingstrategieën, die voor hemzelf de meest efficiënte lijken, maar die dat objectief gezien niet altijd zijn. Sommigen beschikken over een zeer gevarieerd 'arsenaal' van copingstijlen, wat de kans op succesvolle coping vergroot.
Lazarus onderscheidt twee algemene categorieën van copingstrategieën: de probleemgerichte en de emotiegerichte coping. De probleemgerichte coping bestaat uit instrumentele handelingen, die gericht zijn op het oplossen van het probleem. Voorbeelden zijn: directe actie ondernemen, informatie verwerven, alternatieven ontwikkelen. De emotiegerichte (of -regulerende) coping is gericht op het reguleren van de emotionele spanningen, veroorzaakt door de stressgevende situatie. Emotiegerichte copingstrategieën zijn bijvoorbeeld: zelfcontrole, relativering en steun zoeken bij anderen.

Er worden in de literatuur veel begrippen gebruikt die een onderdeel vormen van het begrip ‘coping’. Bijvoorbeeld ‘sociale steun’ waarbij de gedachte centraal staat dat het van groot belang is voor een succesvolle verwerking van stress te kunnen steunen op een netwerk van vrienden, bekenden en anderen.
Een goed sociaal netwerk zal de weerbaarheid van kinderen vergroten en zal als het ware immuniserend kunnen werken tegen allerlei vormen van spanningen en plotselinge ingrijpende gebeurtenissen.

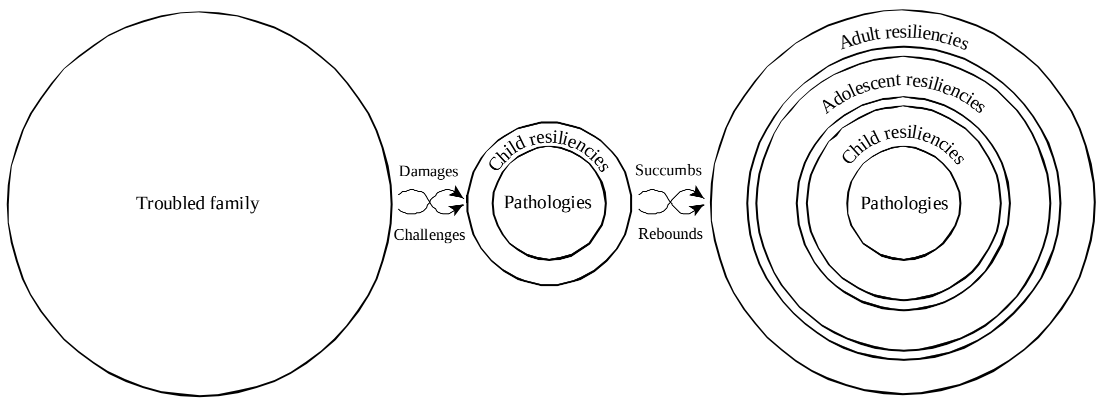
Er zijn niet zoveel studies die coping bij KOAP onderzoeken (Sher,1991).

Clair & Genest (1986) vonden dat een groep jongvolwassen KOAP meer 'emotie-gerichte' coping bleken te gebruiken dan een controlegroep en dan vooral de 'ontwijkende' (vermijdende) strategieën. Ze vonden geen groepsverschillen, voor wat betreft de probleemgerichte coping. Ze onderzochten tevens de correlatie tussen copingfactoren en 'aanpassing'. Ze vonden een verband tussen probleemgerichte coping en het zelfwaardegevoel en depressiegerichtheid (maar niet met emotiegerichte coping). Hun resultaten suggeren dus dat interventieprogramma's voor KOAP zich best kunnen richten op het vergroten/verbeteren van hun vaardigheden om met hun moeilijke situatie om te gaan.

Cognitieve coping die gericht is naar emotionele strategieën, lijkt het meest effectief om de oncontroleerbare stress –waar vele KOAP mee geconfronteerd worden – te hanteren. Dit effect werd niet gevonden voor gedragsmatige coping (Hussong & Chassin, 1997).

Wolin en Wolin (1995) hebben op basis van onderzoek met mensen die een bevredigend leven leiden, ondanks dat ze als kinderen te lijden hadden van allerlei tegenslagen, een model uitgewerkt dat ze 'The Challenge Model' noemen. Hun model biedt de mogelijkheden om de gezonde ontwikkeling van risicogroepen (zoals KOAP) te omvatten, samen met het voorkomen van eventuele pathologie. De rationale om 'weerbaarheid' toe te voegen aan het traditionele risicomodel ontlenen ze aan Kagan (1984), die beweert dat kinderen niet zozeer aangetast worden door het objectieve, meetbare gedrag, de attitude of de diagnose van de ouder, maar wel door de eigen subjectieve impressies die het kind van de ouder heeft. Hij stelt dat het effect van een emotioneel significante ervaring - zoals een lange afwezigheid van de vader of een bittere echtscheiding - zal afhangen van hoe het kind deze gebeurtenissen interpreteert. Zelden zal er een vaststaand gevolg zijn van een bepaalde gebeurtenis - om het even hoe traumatisch - of een speciale set van gezinsomstandigheden. Het is dus een subjectieve factor die de invloed van het gezin bepaalt op de kinderen. Als kinderen hun probleemgezin ervaren als een uitdaging, zullen ze reageren en sterkte of weerbaarheid ontwikkelen. Ervaren ze hun probleemgezin als schadelijk en nadelig, dan zullen ze bezwijken en pathologie ontwikkelen.

<u>Schema 6:</u> "The Challenge model" (Wolin & Wolin, 1995)



Wolin & Wolin (1995) hebben op basis van klinische interviewgegevens, zeven weerbaarheidsfactoren geïdentificeerd. Dit zijn clusters van sterke punten die tot ontwikkeling komen wanneer kinderen actief reageren om zichzelf te beschermen tegen problemen in hun gezin, zoals verwaarlozing, kritiek, fysieke mishandeling, ontkenning, stilte of echtelijke problemen. Het betreft de volgende kenmerken: inzicht, onafhankelijkheid, relaties, initiatief, creativiteit, humor en moraliteit. We geven vervolgens een korte omschrijving van deze kenmerken.

De zeven weerbaarheidsfactoren/weerbaarheidskenmerken ('resiliencies')

1. Inzicht

Inzicht is een vorm van psychologische verfijning, die begint met *het prille gevoel* van een kind dat het leven in zijn gezin problematisch, vreemd en onbetrouwbaar is, dat er iets niet klopt. Dit groeit verder naar een *systematische kennis* van het gezinsprobleem.
Het bereikt zijn hoogtepunt in empathie, de capaciteit om zichzelf en anderen te *begrijpen* en de ambiguïteit en complexiteit van de gezinsproblemen te aanvaarden.
Inzicht vermindert de negatieve gevolgen van ontkenning en verwarring, die in een problematisch gezin aanwezig zijn.
Het beschermt de kinderen vooral door te voorkomen dat ze de problemen van thuis internaliseren, op zichzelf betrekken en er zich schuldig over voelen.

2. Onafhankelijkheid

Zich losmaken van het problematische gezin helpt kinderen aan de stressbron in hun leven te ontsnappen.
Onafhankelijkheid begint met het zich op bepaalde momenten *terugtrekken* bij tijden van stress of gezinsontwrichting. Het groeit vervolgens in *emotioneel afstand nemen* en grotere fysieke afstand tegenover hun gezin. Ten slotte kunnen volwassen kinderen zelfstandig gaan leven en de relaties met hun gezinsleden eerder vorm geven vanuit vrij gekozen, rationele overtuigingen dan vanuit interne druk en de onredelijke eisen van het gezin.

3. Relaties

Relaties zijn gebaseerd op het opbouwen van intieme en bevredigende banden met andere mensen die de zorg en de begeleiding bieden die probleemgezinnen niet kunnen bieden aan hun kinderen. De ontwikkeling van relaties begint in de kindertijd met het proberen om anderen in te schakelen, een beroep te doen op hen. Anderen kunnen ook buitenstaanders zijn of de zieke ouder(s), op tijden dat die wel emotioneel beschikbaar is (zijn). Deze (sociale) vaardigheden groeien dan naar het actief opzoeken van 'surrogaat'ouders en een netwerk van vrienden in de adolescentie.
Om vervolgens te evolueren naar wederzijds bevredigende persoonlijke banden, met een harmonische balans van geven en nemen, met een volwassen zorg voor het welzijn van anderen en van zichzelf.

4. Initiatief

Initiatief is een drang naar het beheersen van activiteiten, die de gevoelens van hulpeloosheid tegengaat, die kinderen uit probleemgezinnen soms voelen. Het helpt met het opbouwen van een positiever wereldbeeld (anti depressie).
Initiatief nemen ontwikkelt zich vanuit het experimenteren als kind in zijn omgeving en groeit naar doelgericht gedrag op vele verschillende gebieden in de adolescentie. In de volwassenheid vervolmaakt het zich in het maken van projecten en het oplossen van moeilijke problemen.

5. Creativiteit

Creativiteit is het zichzelf kunnen uitdrukken door middel van het bezig zijn met kunstvormen. Zo kan men de moeilijke gevoelens uitdrukken en de hardheid van het leven in een probleemgezin vertalen in metaforen, beelden en symbolen. Creativiteit ontstaat in de

kindertijd door spel dat gericht is gericht op het compenseren van bijvoorbeeld een verlieservaring. In de adolescentie ontwikkelt zich het experimenteren met zelfexpressie door middel van kunst en kan uitgroeien tot echte kunstvormen in de volwassenheid.

6. Humor

Humor is de vaardigheid om het komische in het tragische te ontdekken. Het kan problemen verkleinen door 'iets in niets' te veranderen. Zoals bij creativiteit, ontstaat humor ook uit het spelen en groeit het in de adolescentie in de capaciteit om het absurde te kunnen zien in de problemen van het gezin. Als volwassene beschikt men dan over de kracht om te kunnen lachen met zijn eigen emotionele pijn.

7. Moraliteit

Wolin en Wolin definiëren 'moraliteit' als een geïnformeerd geweten, dat het kind vervult met een gevoel van goedheid, ook al is het omgeven door 'slechtheid'. Eerst leert het kind om goed van slecht te onderscheiden, zowel binnen als buiten het gezin. In de adolescentie ontwikkelt zich dan een systeem van waarden, dat gebaseerd is op principes. In de volwassenheid groeit dan de morele verplichting om anderen te helpen.

We denken dat deze factoren veelbelovend zijn om de weerbaarheid van KOAP beter te begrijpen en ouders en andere betrokken volwassenen te helpen deze te ondersteunen. De gelijkenis met de ontwikkelingsstadia van Erickson vallen hierbij op. Wolin en Wolin beschouwen weerbaarheid geenszins identiek aan 'onkwetsbaarheid'. Ze zien het eerder als een dynamisch, complex proces: gekwetst worden en met kracht reageren. Alle kinderen hebben het recht om dit te leren in hun leven!

B.2. Protectieve factoren in de omgeving

Protectieve factoren in de omgeving zijn gezinsfactoren (ouders, broers en zussen,…) en factoren in de bredere omgeving van het kind (school, buurt, leeftijdgenoten,…).

B.2.1. Gezinsfactoren/Ouderlijke factoren

Werner (1986) vond in haar studie een aantal kenmerken in de opvoedingsomgeving van weerbare KOAP die niet aanwezig waren bij KOAP die ernstige problemen vertoonden op hun 18 jaar: 1. in de vroege kindertijd veel aandacht krijgen van de primaire verzorger en de afwezigheid van enige langdurende separatie van die verzorger; 2. gedurende de eerste twee levensjaren is er geen nieuwe geboorte in het gezin; 3. geen conflicten tussen de ouders in de eerste twee levensjaren.

Het goed functioneren van een gezin lijkt een directe invloed te hebben op het middelengebruik bij adolescenten (Hussong & Chassin, 1997). Een goede gezinsorganisatie met een voldoende mate van stabiliteit en voorspelbaarheid heeft voor kinderen en jongeren een beschermende functie. De mate waarin de ouders stabiele en steunende figuren kunnen zijn voor de kinderen is van wezenlijk belang (Kumpfer, 1999). Dat betekent dat er weinig tot geen comorbide problematiek aanwezig is, dat de drinkende ouder uit een actieve drinkfase is en zich in een herstelproces engageert en dat de niet-drinkende ouder ook emotioneel beschikbaar is voor de kinderen.

B.2.2. Sociale netwerkfactoren

Kumpfer (1999) geeft een goed overzicht van belangrijke sociale netwerkfactoren die kinderen beschermen in hun ontwikkeling. Een positief schoolklimaat kan kinderen uit moeilijke gezinnen helpen om hun problemen te verwerken. Kinderen brengen veel tijd door op school en leerkrachten kunnen belangrijke steunfiguren zijn. Andere helpende factoren zijn: aangepaste verwachtingen op schools vlak, wederzijdse betrokkenheid tussen de school en de kinderen/jongeren, positieve relaties met leeftijdsgenoten op school, de aanwezigheid van duidelijke schoolregels en goede schoolprestaties.
De invloed van leeftijdgenoten is ook heel belangrijk. Wanneer jongeren in hun tienerjaren zijn, moeten ze assertieve vaardigheden geleerd hebben om te kunnen weerstaan aan de groepsdruk. Kunnen ‘neen’ zeggen om alcohol of andere drugs te gebruiken kan voor KOAP en aansluiting leren zoeken bij niet-gebruikers.

2.3. Het model van Carr (1999)

Carr (1999) geeft in zijn model (zie schema 7) een uitgebreid overzicht van risico- en protectieve factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en voortduren van drugmisbruik (inclusief alcohol) bij jongeren. We bespreken hier zijn model omdat het een illustratie is van een model dat vele verschillende soorten van factoren in kaart brengt en zo een goed en gedetailleerd overzicht biedt van wat er allemaal kan meespelen bij druggebruik bij jongeren.

Predisponerende risicofactoren
Predisponerende risicofactoren, zijn factoren die kinderen vatbaar maken voor problemen, in dit verband voor de ontwikkeling van drugproblemen.
Persoonlijke predisponerende factoren zijn: reeds bestaande gedrags- en emotionele problemen; bepaalde leerproblemen, aandachtsproblemen en problemen op school; de neiging hebben tot het nemen van risico’s; en positieve attitudes en waarden in verband met druggebruik. Een moeilijk temperament, een laag zelfwaardegevoel en een externe locus of control kunnen adolescenten ook vatbaar maken voor drugmisbruik.
Predisponerende factoren in de omgeving van de adolescent zijn: een problematische relatie met de ouders, die vaak gepaard gaat met hechtingsstoornissen en/of een problematische opvoedingsstijl; een gebrekkige supervisie van de ouders over het doen en laten van de adolescent en inconsequente disciplinering; desorganisatie van het gezin met onduidelijke regels, rollen en routines; aanwezigheid van deviante broers/zussen.
Ouderlijke factoren hierbij zijn: psychologische problemen, echtelijke problemen, drugmisbruik en betrokkenheid bij criminele activiteiten. De aanwezigheid van ernstige stressoren in het leven van de adolescent, zoals trauma’s in verband met misbruik, verlieservaringen, sociale achterstelling en het opgroeien in instituten zijn eveneens factoren die kwetsbaar maken.

Precipiterende factoren
Carr (1999) beschrijft het drugmisbruik bij adolescenten in onze westerse samenleving als een proces dat begint bij het op jonge leeftijd gebruiken van tabak en alcohol, naar probleemdrinken en het gebruik van hallucinogenen (zoals THC) naar het misbruik van verschillende drugs (cf. stepping–stone theorie). Het feit dat niet alle adolescenten dit proces doormaken heeft te maken met de aan-/afwezigheid van precipiterende en predisponerende risicofactoren. In alle fasen van dit proces is de combinatie van de beschikbaarheid van drugs en een persoonlijk voornemen om te gebruiken van doorslaggevend belang. Een persoonlijk voornemen om te gebruiken kan bijvoorbeeld zijn: experimenteren vanuit een nieuwsgierigheid, het willen meedoen met leeftijdsgenoten of niet kunnen weerstaan aan de groepsdruk en het gebruiken van de drugs als een vorm van zelfmedicatie om negatieve

gevoelens te onderdrukken. Deze negatieve gemoedstoestanden kunnen veroorzaakt worden door recente stressoren in het leven van de adolescent.

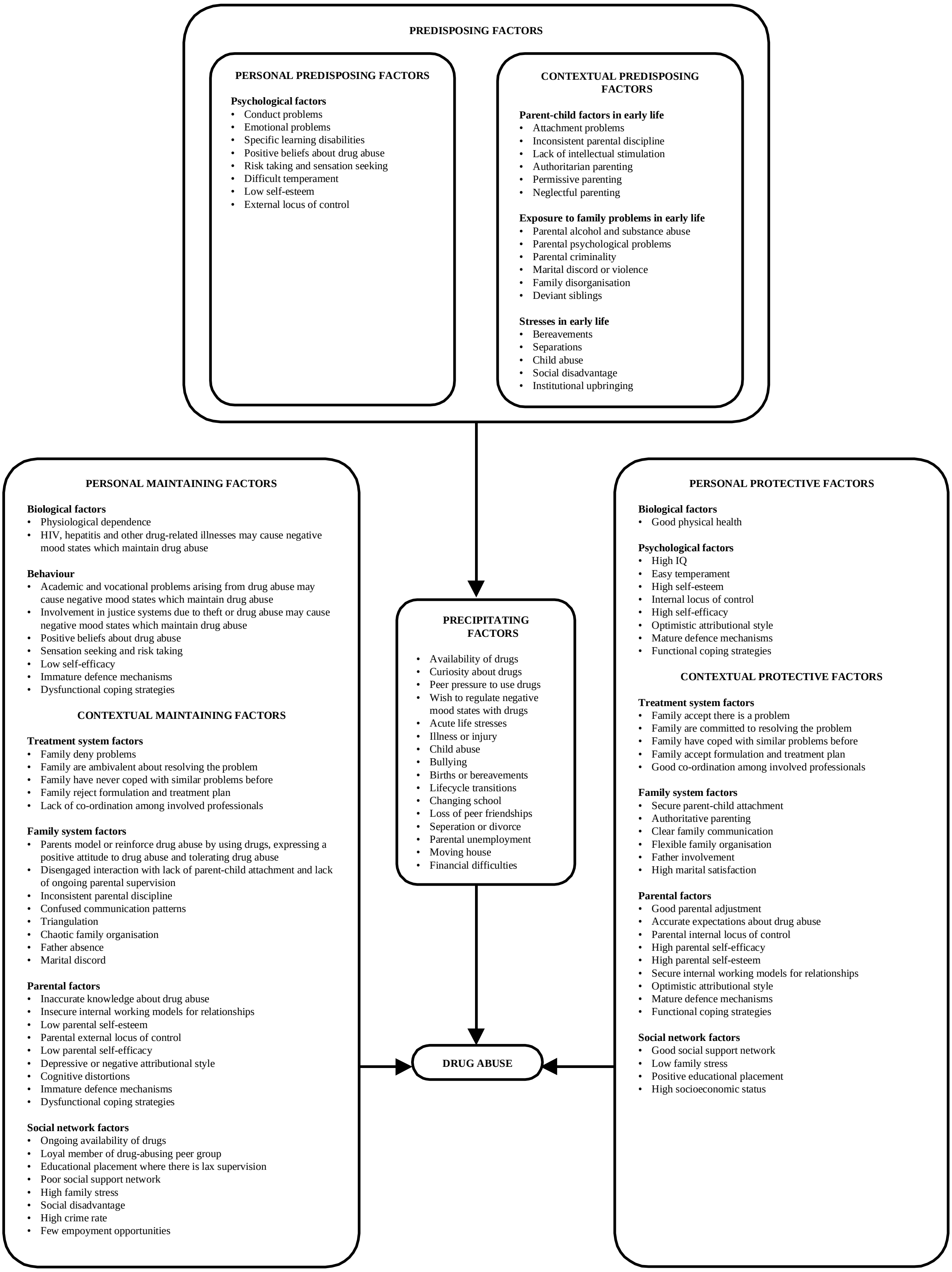
Handhavende factoren

Dit zijn factoren bij de adolescent of in zijn omgeving, die bepalen dat problemen blijven voortbestaan, eens ze tot uiting zijn gekomen. Bij de persoonlijke factoren bespreekt Carr biologische en gedragsfactoren en bij de omgevingsfactoren ouderlijke, gezinssysteem en sociale netwerkfactoren. Opvallend is dat hij factoren in het behandelingssysteem benoemt.
We verwijzen naar het model voor een opsomming van deze handhavende factoren.

Protectieve factoren

Protectieve factoren voorkomen het ontstaan van problemen of voorkomen dat reeds bestaande problemen erger worden. Wanneer er hulpverlening voor de adolescent opgestart wordt, vormen deze protectieve factoren de basis waarop er (daadwerkelijk) veranderingen kunnen plaatsvinden. Carr bespreekt hierbij biologische, psychologische, gezin- en netwerkfactoren.

Schema 7: Model van Carr (1999)

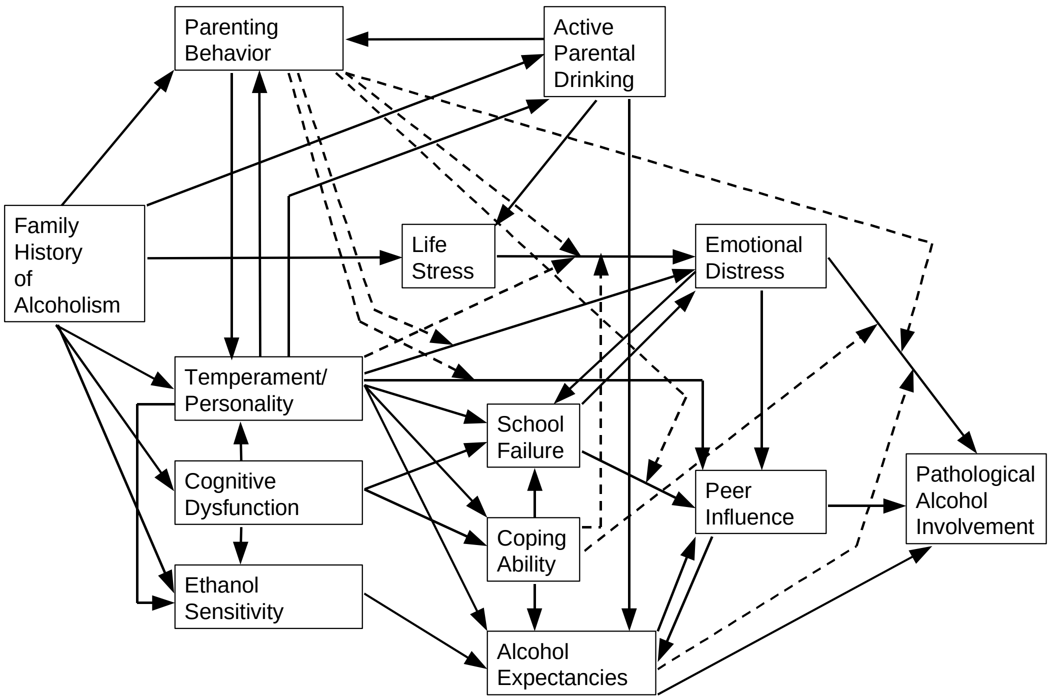


2.4. Het heuristisch model van Sher (1993)

Sher (1991, 1993) presenteert **een breed model over de intergenerationele transmissie van alcoholisme**, waarvan de componenten een wisselende empirische basis hebben (zie schema 8). Het doel van dit model is **een aantal mogelijke ontwikkelingslijnen ('pathways'**) te schetsen in verband met het effect van alcoholisme in het gezin op het ontstaan van alcoholproblemen bij de kinderen. Het is een integratief kader dat helpend is bij het begrijpen van de mogelijke rol van een aantal variabelen en mechanismen op verschillende niveaus van psychosociale organisatie bij KOAP. Sher baseert zich op de bestaande empirische onderzoeken en theorievorming. De empirische evidentie van de voorgestelde etiologische trajecten varieert van sterk naar quasi onbestaande. Waar de empirische basis eerder zwak of onbestaande is, stelt Sher theoretisch aannemelijke mechanismen en verbanden voor.

Schema 8:

COMPREHENSIVE MODEL OF THE RELATION BETWEEN FAMILY HISTORY OF ALCOHOLISM AND PATHOLOGICAL ALCOHOL INVOLVEMENT IN OFFSPRING.



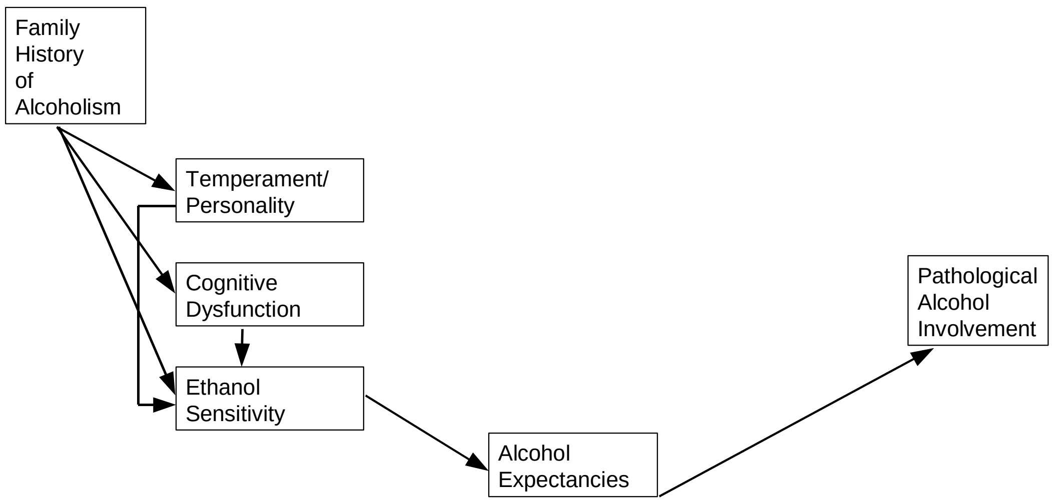
De meeste variabelen in het model zijn **complex en multidimensioneel**.
De variabele 'familiaal alcoholisme' bijvoorbeeld is duidelijk een heterogene en complexe variabele voor wat betreft het verloop, het subtype en de comorbide psychopathologie bij de ouders. Dit concept duidt op het alcoholisme bij de (biologische) familieleden van het kind en veronderstelt dus bijgevolg genetische invloeden, mogelijke prenatale invloed op de foetus alsook de psychosociale effecten van het opgroeien met een alcoholistische ouder.
Verder hebben bepaalde variabelen ook verschillende dimensies, zoals bijvoorbeeld het opvoedingsgedrag van de ouders een dimensie warmte en een dimensie controle heeft; de dimensie coping vaardigheden een dimensie probleemgerichte en een dimensie emotiegerichte coping heeft. Een concept kan dus meerdere inhouden bevatten.

Sher (1991,1993) presenteert drie mogelijke trajecten die de intergenerationele transmissie van een verhoogd risico op alcoholisme beschrijven: ten eerste een model waarbij het verhoogde bekrachtigingseffect van alcohol centraal staat (zie schema 9): the enhanced reinforcement pathway); ten tweede een model waarbij een deficiënte socialisatie het kernconcept is (zie schema 10): the deviance-proneness pathway en ten derde het 'negatief affect' model (zie schema 11): the negative affect pathway
De auteur wijst erop dat de verschillende submodellen niet onafhankelijk van elkaar kunnen gezien worden en dat de grenzen tussen de trajecten arbitrair zijn.
Hij integreert de drie voorgaande trajecten tot een samenvattend model (zie schema 8) en voegt er nog een factor bij: nl. het actieve drinkgedrag van de ouder. Dit heuristische model moet volgens Sher eerder gezien worden als een beginpunt: waarschijnlijk staan er factoren niet in vermeld die door verder onderzoek als belangrijk aangewezen worden of staan er wel factoren in die overbodig zullen blijken te zijn. Toch is dit een bruikbaar model: het kan helpen bij het identificeren van de meest belangrijke risico-processen bij KOAP en het kan meer inzicht geven in het belang van (alcoholisme) voorspellende factoren. Voor het ontwikkelen van optimale interventieprogramma's is dat soort van kennis uitermate belangrijk.

We bespreken nu achtereenvolgens de drie submodellen.

1. model van het verhoogd bekrachtigingeffect van alcohol.

Schema 9: The enhanced reinforcement submodel

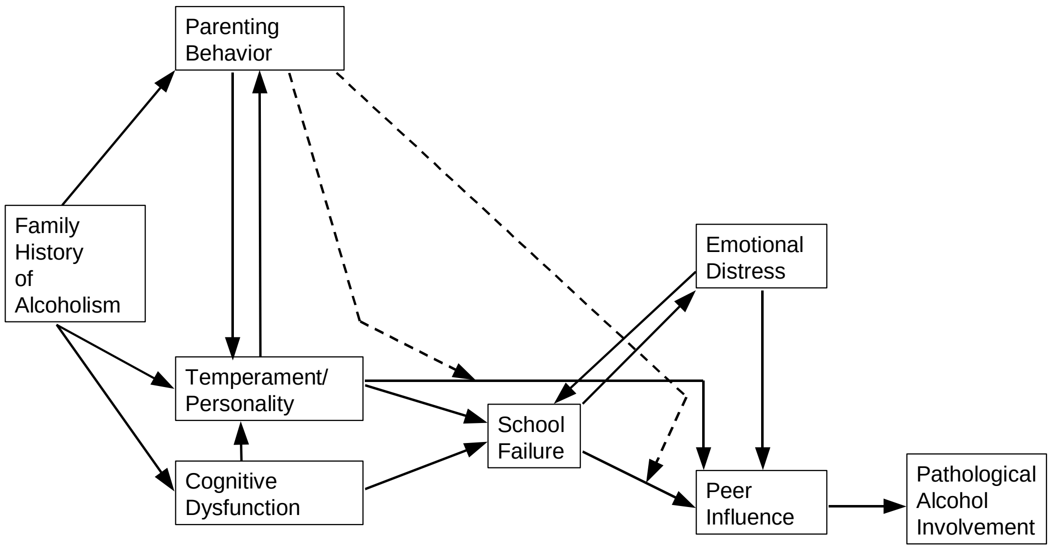


Dit model stelt dat er een causaal verband is tussen familiaal alcoholisme en een verhoogde bekrachtigingwaarde van alcohol ('ethanol sensitivity'). Dit gegeven kan leiden tot een verhoogde waarschijnlijkheid op het ontwikkelen van alcoholproblemen en -afhankelijkheid bij de kinderen.

Er is tevens een rechtstreeks traject vanuit het familiaal alcoholisme naar een gevoeligheid voor ethanol (misschien te wijten aan de directe effecten van alcohol op hersengebieden die gerelateerd zijn aan bekrachtigingseffecten). Ethanolgevoeligheid is hierbij ook gerelateerd aan ‘cognitief disfunctioneren’ en aan ‘temperament/persoonlijkheid’.
Verder wordt er in dit model gesteld dat (farmacologisch gemedieerde) individuele verschillen in ethanolgevoeligheid vertaald worden in verhoogde verwachtingen van positieve effecten van alcohol, mits de betreffende kinderen zelf beginnen te drinken. Deze alcoholverwachtingen beïnvloeden op hun beurt het drinkgedrag. Dus centraal zijn de individuele verschillen in de farmacologische effecten van alcohol.

2. het model van vatbaarheid voor afwijking

Schema 10: The deviance proneness submodel

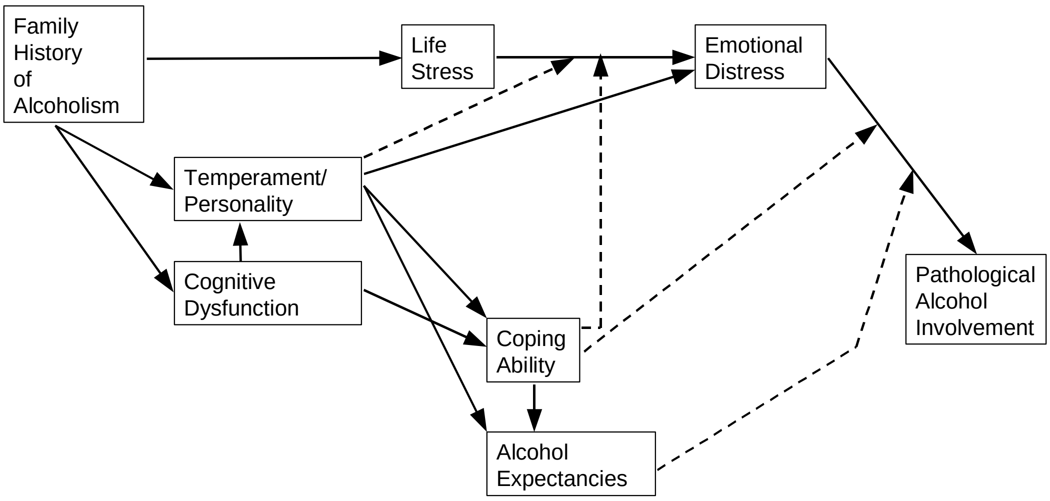


De kernvariabelen van dit model zijn grotendeels gedragsmatig en veronderstellen een deficiënt socialisatieproces. Kinderen hebben meer risico op alcoholproblemen naarmate ze meer aansluiten bij deviante leeftijdgenoten. Ouders slagen er dan blijkbaar niet (voldoende) in om het doen en laten van hun kinderen te coachen/superviseren. De negatieve invloed van vrienden met een afwijkend gedrag kan dan bepalend zijn voor het ontstaan van alcoholproblemen.
Alcoholisme bij de ouders beïnvloedt rechtstreeks hun opvoedingsgedrag en het temperament/persoonlijkheid en cognitief disfunctioneren bij het kind. Het is duidelijk dat een kind met een 'moeilijk' temperament dat opgevoed wordt door ouders die moeite hebben met het leiding geven aan en het superviseren van hun kind of tiener, een problematische socialisatie en gedragsproblemen in de hand werken. Aanpassingsproblemen en falen op school zijn vaak het gevolg hiervan. Cognitieve disfuncties, zoals bijvoorbeeld aandachtsproblemen, kunnen ook bijdragen tot falen op school, waardoor het risico vergroot wordt dat het kind/de jongere aansluiting gaat zoeken bij ‘soortgenoten’ die ook (en

misschien nog meer) problemen hebben. Sher veronderstelt bij dit proces een laag zelfwaardegevoel als medierende factor.
Er is ook een rechtstreekse lijn van ‘temperament/persoonlijkheid’ naar ‘invloed van leeftijdgenoten’ omdat er verondersteld wordt dat jeugdigen die meer durven en uit zijn op het zoeken van sensatie, geneigd zijn om leeftijdgenoten te zoeken met gelijkaardige kenmerken.
In dit model is de invloed van leeftijdgenoten het meest medierende mechanisme dat leidt tot een verhoogd alcoholgebruik. Het ouderlijke opvoedingsgedrag kan dit mechanisme beïnvloeden. D.w.z. de mate waarin ouders in staat zijn om de relatie van hun kind met deviante leeftijdgenoten te superviseren.

3. het negatief affect – model

Schema 11: The negative affect submodel



De kern van dit model is de kwetsbaarheid voor negatieve affectieve stemmingen, een hoog stressniveau en de efficiëntie van coping (vaardigheden).

Familiaal alcoholisme leidt tot temperamentkenmerken die kinderen kunnen voorbestemmen tot het ervaren van negatieve affectieve stemmingen, zoals angst en depressie.
Het is tevens bekend dat 'levensstress' veel voorkomt in deze gezinnen en op zijn beurt kan leiden tot emotionele problemen bij kinderen.
De copingvaardigheden worden beïnvloed door de 'temperament/persoonlijkheid' factor en door de cognitieve mogelijkheden van het kind. In dit model is coping een modererende factor tussen de levensstress en de emotionele problemen (door een actief reduceren van de impact van stress); en eveneens tussen de emotionele problemen en het pathologische drinken.

Ontoereikende coping is ook gerelateerd aan alcohol(-gerelateerde) verwachtingen voor het verlichten van de emotionele problemen. Stress en coping zijn dus de centrale factoren in dit model.

Dit model van Sher geeft een brede matrix weer van bio–psycho-sociale variabelen die de intergenerationele transmissie van alcoholisme beïnvloeden. Het maakt duidelijk dat alcoholisme een complex en multifactorieel bepaalde aandoening is en er geen simpele oorzaak bestaat voor een verhoogd risico voor alcoholisme bij KOAP.
We vinden het model waardevol omdat het zicht geeft op de kernfactoren die doel kunnen zijn voor interventieprogramma's. Het geeft ook goed de interacties weer tussen de verschillende variabelen en richt zich specifiek naar KOAP.

2.5. Besluit

In dit tweede hoofdstuk hebben we een overzicht gegeven van de literatuur die de laatste 10 jaar in verband met KOAP verschenen is. Gezien de grote hoeveelheid van publicaties hebben we alles in verband met volwassenen kinderen van alcoholisten buiten beschouwing gelaten.
Het wetenschappelijk onderzoek over de risico- en protectieve factoren bij KOAP, hoe deze factoren met elkaar in verband staan en elkaar onderling beïnvloeden, is het laatste decennium geëvolueerd. Onderzoekers merken op dat er nochtans nog veel werk moet gebeuren voor er empirisch getoetste modellen beschikbaar zullen zijn die duidelijk maken welke de valide predictoren zijn voor een problematische ontwikkeling van KOAP. Deze predictoren kunnen dan ook het doel van interventieprogramma's zijn.

In de ontwikkelingspsychologie omschrijft men de invloeden op de ontwikkeling van kinderen in termen van risico- en protectieve factoren. Het zijn twee zijden van dezelfde medaille. Een factor die bij aanwezigheid de ontwikkeling bedreigt, kan bij afwezigheid juist beschermend zijn.
Bij beide soorten van factoren beschrijven we kind- en omgevingsfactoren.
Risicofactoren bij het kind kunnen biologisch en psychologisch van aard zijn. Genetische kenmerken, prenatale invloeden, lichamelijke gezondheid en de fysiologische reacties op alcohol zijn biologische kindkenmerken. Intelligentie en persoonlijkheid zijn psychologische kindkenmerken. Omgevingsfactoren zijn ook zeer belangrijk en worden vaak nog onderschat. We bespreken achtereenvolgens alcohol-specifieke (modeling van drinkgedrag, alcoholverwachtingen) en alcohol-nonspecifieke gezinsinvloeden (ouder-kindinteracties, opvoedingsgedrag van de ouders, het gezinssysteem,...), sociale netwerkfactoren en 'life-events'.

Belangrijkste conclusies vanuit onze literatuurstudie zijn:

1. KOAP blijken viermaal meer risico te hebben om zelf ook alcoholproblemen te ontwikkelen. De genetische overerving zou verschillen naargelang van het type alcoholisme van de ouder: 30 % voor type 1- en 75 % voor type 2- alcoholisme. Wat betreft de fysiologische reacties op alcohol lijken KOAP een grotere endogene bekrachtiging te ervaren bij het drinken van alcohol. Ze zijn ook minder gevoelig voor de toxische en verstorende effecten van alcohol. Beide kenmerken lijken te wijzen op een significante kwetsbaarheid voor alcoholisme bij KOAP.

2. Op het gebied van intellectueel functioneren lijken KOAP op bepaalde specifieke functies (verbale, abstract redenering- en planningsvaardigheden) lagere resultaten te behalen dan niet-KOAP. Recente studies tonen aan dat deze bevindingen vooral gelden voor kinderen van 'antisociale' alcoholisten (cf. type 2).

Het verband tussen persoonlijkheid en alcoholisme wordt reeds lang verondersteld. Er zijn de laatste 20 jaar veel studies gepubliceerd over de persoonlijkheidstrekken bij KOAP. Conclusies die men kan weerhouden zijn dat KOAP 1. de neiging vertonen om negatieve affectieve stemmingen te ervaren, zoals depressie (o.a. een negatief zelfwaardegevoel, zelfbeeld) en angsten; 2. meer gedragsproblemen en problemen met zelfcontrole (impulsiviteit, sensatie zoeken) hebben; en 3. meer problemen hebben in verband met sociale vaardigheden.

3. De alcoholspecifieke gezinsinvloeden verhogen het risico op alcoholisme bij de kinderen. Door het drinkgedrag van hun ouders te observeren en te imiteren leren kinderen veel over drankgebruik en –misbruik. Dit geldt meer naarmate ze zich meer identificeren met hun drinkende ouder en de andere ouder die drinkgedrag goedkeurt. Alcoholverwachtingen zijn (cognitieve) verwachtingen en overtuigingen in verband met de effecten van alcohol die individuele verschillen in drinkgedrag bij KOAP kunnen verklaren en voorspellen. KOAP hebben negatieve alcoholverwachtingen, als ze zelf (nog) niet drinken. Wanneer ze zelf beginnen te drinken, veranderen de negatieve in positieve alcoholverwachtingen, vermoedelijk omwille van hun positieve, bekrachtigende lichamelijke reacties op alcohol. Deze positieve alcoholverwachtingen bij KOAP bleken (in één studie) te veranderen nadat de ouder een behandeling voor zijn alcoholproblemen volgde.

4. Alcohol-nonspecifieke gezinsinvloeden verhogen zowel het risico op alcoholisme als op andere vormen van psychopathologie. Een kernvariabele bij de ontwikkeling van kinderen zijn de ouder-kindinteracties, omdat vele andere variabelen hierlangs verlopen. Studies tonen aan dat er meer verstoorde ouder-kindinteracties (minder vriendelijke, meer negatieve en conflictueuze interacties) zijn in gezinnen met een alcoholistische ouder. Het opvoedingsgedrag van ouders wordt negatief beïnvloed door hun alcoholproblemen. Hoewel gezinnen met een alcoholistische ouder veel van elkaar verschillen, hebben onderzoekers een aantal gemeenschappelijke kenmerken geïdentificeerd: een laag cohesieniveau, een hoog conflictniveau, minder probleemoplossende vaardigheden en meer problematische communicatiepatronen (negatiever en meer vijandig) tussen de gezinsleden. Echtelijke conflicten en echtscheidingen gaan vaak samen met alcoholisme. Er is ook meer risico op geweld en agressie in het gezin, ook naar de kinderen toe. Kortom, het gezin wordt grondig verstoord door alcoholproblemen en dat heeft een negatieve invloed op de kinderen, die vaak opgroeien met veel stressoren en minder kans op steun binnen en buiten hun gezin.

5. Maar er zijn ook factoren die kinderen kunnen beschermen en die hen weerbaar kunnen maken, ondanks het feit dat ze opgroeien in ongunstige omstandigheden. Deze protectieve factoren situeren zich in het kind (biologisch en psychologisch) en in de omgeving (gezins- en sociale netwerkfactoren). Meisjes lijken meer beschermd te zijn tegen problemen dan jongens. Beschikken over adequate copingvaardigheden beschermt kinderen tegen een problematische ontwikkeling. Jammer genoeg zijn er in de literatuur veel minder studies over dit onderwerp verschenen. Wolin & Wolin (1995) hebben een aantal weerbaarheidfactoren beschreven in hun ‘Challenge Model’ die veelbelovend lijken. Het betreft: inzicht, autonomie, relaties, initiatief nemen, creativiteit, humor en moraliteit. Het goed functioneren van het gezin, de aanwezigheid van steunende en stabiele ouderfiguren beschermen de ontwikkeling van de kinderen.

We hebben twee modellen gepresenteerd die een overzicht geven van de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van alcohol (drug)problemen bij jongeren. Het model van Carr (1999) biedt een vrij gedetailleerd overzicht en het model van Sher (1993) geeft goed de complexiteit weer van de intergenerationele transmissie van alcoholisme.

Deze modellen bieden ons handvatten om interventieprogramma's op te zetten. Kernvariabelen waarop interventieprogramma's zich moeten richten zijn:

1. informatie verstrekken over individuele verschillen in de farmacologische effecten van alcohol (genetisch risico), en hoe hierdoor de alcoholverwachtingen worden beïnvloed;
2. ondersteuning van de ouders in hun opvoedingsgedrag: hoe het socialisatieproces en alle samenhangende processen (functioneren op school, contacten met leeftijdgenoten,…) bij de kinderen positief gestimuleerd kunnen worden, hoe ouder-kindinteracties en het gezinsfunctioneren ondersteund kunnen worden;
3. kwetsbaarheid voor negatieve affectieve stemmingen (neiging tot depressie en angst, negatief zelfwaardegevoel, pessimistische denkwijzen), hoog stressniveau, coping-vaardigheden.

We merken hierbij op dat er speciale aandacht moet zijn voor KOAP waarvan de ouder kenmerken heeft van een type 2 –alcoholisme. Deze kinderen blijken kwetsbaarder te zijn, zowel genetisch, psychologisch als wat de omgevingsfactoren betreft. Naar onze mening groeien deze kinderen vaker op in multi-problemgezinnen.
Verder blijkt duidelijk het belang van een tijdige hulpverlening voor de alcoholproblemen van de ouder(s). Het gedrag van ouders die in een actieve drinkfase zitten is ontwrichtend voor het gezin en negatief voor de kinderen. Gezinnen met ouders die herstellend zijn blijken niet zoveel te verschillen van gewone gezinnen.
Bovendien zijn we ervan overtuigd dat het ondersteunen van ouders in hun ouderrol een krachtig effect heeft op hun herstelproces. Vanzelfsprekend is dit ook zo voor hun partnerrol. Maar hieraan besteedt men in therapie meer aandacht aan dan aan de ouderrol. Informeren en ondersteunen van de niet-drinkende ouder vinden we ook zeer belangrijk. Hij/zij is voor de kinderen de enige steunfiguur in moeilijke tijden.

3. ONTWIKKELING VAN EEN INTERVENTIEPROGRAMMA

3.1. Beschrijving van bestaande programma's in de literatuur

Uit het voorgaande hoofdstuk is duidelijk gebleken dat men er in de literatuur over eens is dat er aandacht moet geschonken worden aan de risicostatus van KOAP door programma's op te zetten die tegemoet komen aan hun noden om zo te voorkomen dat ze zelf problemen ontwikkelen. Men wil de relatie tussen het opgroeien met een ouder met een alcoholprobleem en de ontwikkeling van latere problemen beïnvloeden.

We bespreken hier achtereenvolgens preventie en interventieprogramma's voor KOAP, de inhoud en de settings waarin de programma's aangeboden worden. Daarna geven we een korte beschrijving van de programma's zelf en van hun evaluatieonderzoeken.

Programma's voor KOAP: Preventie en interventie

In de literatuur hebben we meldingen gevonden van verschillende soorten van programma's, vooral uit de V.S. Emshoff & Price (1999) maken een onderscheid tussen preventie- en interventieprogramma's. Preventieprogramma's zijn bedoeld voor kinderen, niet omwille van hun eigen gedrag, maar omwille van het gedrag van hun ouders. Interventieprogramma's richten zich naar kinderen die zelf al problemen vertonen. In hun artikel bespreken de auteurs programma's die volgens hen elementen van beide vormen bevatten en die ze dus 'preventieve interventies' noemen.

Bovengenoemd onderscheid komt overeen met wat men doorgaans primaire en secundaire preventie noemt. Bij primaire preventie richt men zich naar kinderen die zelf geen specifieke problemen vertonen, maar die tot een risicogroep behoren door genetische en/of omgevingsfactoren. Soms vormt bij primaire preventie ook de hele populatie de doelgroep (Rispens, 1994). Secundaire preventie richt zich naar kinderen die reeds enige vorm van probleemgedrag vertonen (vroegtijdige onderkenning en behandeling van stoornissen en problemen).

Williams (1990) presenteert een 'public health model' dat kan helpen om de aard en de doelen van programma's voor KOAP te verduidelijken. Ze rangschikt deze programma's eveneens in primaire, secundaire en tertiaire preventieprogramma's en beschrijft deze als een continuüm van zorg aan KOAP. Primaire preventie richt zich op een actieve wijze tot de gehele bevolking, inclusief de KOAP, vóór ze beginnen te drinken of andere problemen vertonen. Het doel is preventie, dus mensen 'probleem-vrij' te houden en met een laag risico. Williams spreekt van secundaire preventie of interventie, wanneer er eerste tekenen zijn van problemen in verband met middelengebruik. Het doel is de problemen of risicogedragingen in een vroeg stadium te onderkennen en aan te pakken. Bij tertiaire preventie of behandeling zijn reeds ernstige problemen aanwezig. Het doel is het voorkomen van verder disfunctioneren van de persoon en het inperken van de negatieve impact op zijn omgeving.

We menen dat een programma voor KOAP best zowel preventie- als interventieaspecten bevat. Zo kan men aan alle kinderen de basiselementen van het programma aanbieden (informatie, coping en steun) en tegelijkertijd de kinderen die reeds problemen vertonen, via hun ouders verwijzen naar bepaalde instanties voor verder onderzoek en intensievere vormen van hulp.

Inhoud van de programma's

Idealiter is de inhoud van preventie- en interventieprogramma's voor KOAP gebaseerd op wetenschappelijke kennis over die variabelen, die een doorslaggevende rol spelen in de ontwikkelingstrajecten van problemen bij die groep van kinderen. De stand van zaken in de wetenschappelijke literatuur laat ons momenteel niet toe om harde conclusies te trekken wat betreft de inhoud van programma's. Wel geven onderzoekers aanwijzingen over waardevolle variabelen die deel zouden moeten uitmaken van interventieprogramma's voor KOAP.

Bovendien moet er rekening gehouden worden met de heterogeniteit van de groep van KOAP.
De kinderen verschillen onderling zowel wat betreft leeftijd, cognitieve mogelijkheden, gezinssituatie enz. Maar toch is het ook belangrijk dat programma's zich richten op de gemeenschappelijke noden en ervaringen van KOAP, zoals bijvoorbeeld het leren begrijpen wat alcoholisme is en inzien dat er veel kinderen zijn die opgroeien in een gezin met een alcoholistische ouder.

Uiteraard zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau belangrijke elementen waar men bij het ontwerpen van programma's (inhoud en methode) rekening mee moet houden.

- *Jongere kinderen* zijn nog niet in staat om (objectief) te denken in termen van oorzaak en gevolg. Kleuters denken intuïtief: hun gedachten zijn nauw verbonden aan hun eigen idiosyncratische ervaringen (Pope, 1989).
- In de *basisschoolleeftijd* (de concrete operationele denkperiode) zijn ze wel in staat om logisch te denken, maar hun denken is vooral gebaseerd op hun waarnemingen en ervaringen. Door gebrek aan informatie over alcoholisme, gaan ze zich schuldig voelen over het drinken van de ouder. Bijvoorbeeld ik was toen ongehoorzaam en daarna was mama dronken, dus is het mijn fout.
- *Tieners en adolescenten* zijn in staat om abstract en hypothetisch te denken (formeel operationeel denken). Ze kunnen zich gebeurtenissen en situaties voorstellen die hun eigen percepties en ervaringen te boven gaan. Ze kunnen zich ook beter verplaatsen in de gedachten en gevoelens van anderen. Ze kunnen de ziekte van hun ouder en het bijbehorende gestoorde gedrag leren begrijpen, om er zo beter (persoonlijk) afstand van te doen zonder zich schuldig te voelen. Vooral jonge tieners zijn een belangrijke doelgroep omdat ze beginnen op een meer actieve manier in aanraking te komen met alcohol en andere drugs (via hun peergroep). Een tweede reden is dat men er in de ontwikkelingspsychopathologie op wijst dat zij in een kwetsbare leeftijd zitten omdat o.a. hun relatie met hun ouders onder druk staat en tot veel problemen kan leiden (Dekovic, 2000)

De inhoud van de meeste programma's is gebaseerd op het sociale en het cognitieve leermodel.

De algemene doelstelling is het risico op de ontwikkeling van alcohol- en andere problemen te verminderen. De specifieke doelstellingen zijn het vergroten van de kennis over alcoholisme, het verminderen van stress, het vergroten van het netwerk voor sociale steun, het aanleren van coping (bepaalde specifieke competenties en vaardigheden) en het verhogen van het zelfwaardegevoel. De technieken die hierbij gehanteerd worden zijn rollenspel, modeling, leren 'nee' zeggen ('resistance skills') en positieve feedback (Price & Emshoff, 1997).
Inhoudelijk komen de diverse programma's sterk overeen. Hoewel ieder programma ook eigen accenten heeft, worden doorgaans de volgende thema's behandeld (Emshoff & Price, 1999).

1. Informatie / Educatie

De meeste programma's geven informatie over alcohol en alcoholisme. Om het gedrag van de ouder te begrijpen wordt het ziektemodel gehanteerd. Men geeft ook uitleg over begrippen als tolerantie, black-outs enz. Accurate informatie vermindert de misinterpretaties van de kinderen en helpt hen om hun schuldgevoelens te verminderen.
Ook het verhoogde risico van KOAP op psychosociale problemen en vooral op alcoholisme komt aan bod. Het is niet de bedoeling dat de kinderen de boodschap krijgen dat ze alcoholisten zullen worden als ze alcohol drinken. Maar uit onderzoek blijkt dat KOAP die zich bewust zijn van hun risicostatus significant minder en minder vaak drinken (Kumpfer,1989). Een ander belangrijk aandachtspunt zijn de positieve alcoholverwachtingen die veel jongeren hebben. Ze hebben de verkeerde overtuiging dat alcohol hun cognitieve en sociale prestaties positief beïnvloedt (alcohol drinken verbinden met positieve persoonlijkheidskenmerken (stoer, vlot,…)). (zie ook infra). Het is belangrijk kinderen erop wijzen dat alcohol in aanvang een bekrachtigend effect heeft, maar dat dat vermindert naarmate men langer drinkt.

2. Vaardigheidstraining

Het vergroten van bepaalde competenties is de kern van vele programma's voor KOAP. De auteurs stellen dat competenties kunnen gezien worden als protectieve factoren die kinderen helpen om te gaan met stress en die dus hun risicostatus verminderen. Sommige programma's maken een onderscheid tussen emotiegerichte en probleemgerichte copingvaardigheden.

Probleemgerichte copingvaardigheden zijn strategieën die erop gericht zijn om het probleem zelf aan te pakken en te veranderen. KOAP proberen op allerlei manieren controle te krijgen over het alcoholprobleem van hun ouder(s) (controleren, flessen verstoppen,…). Het is belangrijk dat kinderen leren dat ze hier machteloos tegenover staan en het probleem zelf niet kunnen veranderen. Wat kinderen wel kunnen doen, is leren om te gaan met bepaalde specifieke probleemsituaties die ze thuis meemaken. Bijvoorbeeld: wat moet je doen als je met vader in de auto moet meerijden en je ziet dat hij dronken is? hoe leg je het bizarre gedrag van je dronken moeder uit aan je vrienden? enz. Overige vaardigheden zijn beslissingen nemen, problemen oplossen, communicatie en assertiviteit.

Bij emotiegerichte copingvaardigheden worden de emoties of gevoelens veranderd, zonder dat de bron van deze (moeilijke) emoties en gevoelens veranderd wordt of kan worden. Vermits kinderen het alcoholprobleem van hun ouder en de gevolgen voor hun gezin zelf niet kunnen veranderen, is het van belang dat ze wel leren omgaan met de spanningen en de stress. Positieve vaardigheden zijn bijvoorbeeld het steun zoeken bij anderen (binnen en buiten het gezin), de situatie relativeren door negatieve aspecten te herbenoemen en het positieve te benadrukken.

Het is de bedoeling dat kinderen door deze strategieën te leren toepassen beter met hun stress leren omgaan (en zo het risico op bijvoorbeeld een depressie verminderen). Programma's moeten kinderen ook de gelegenheid bieden om deze vaardigheden in te oefenen. Er wordt in de literatuur nergens vermeld met welke methodes er concreet gewerkt wordt om de coping bij de kinderen aan te leren/te verbeteren.

3. Sociale en emotionele competentie en sociale steun

Er worden in de literatuur vier belangrijke elementen van sociale en emotionele competentie genoemd: zelfwaardegevoel, competentiegevoel, de vaardigheid om intieme relaties aan te gaan en te onderhouden (sociale vaardigheid), en de ontwikkeling van effectieve strategieën om gevoelens uit te drukken en problemen op te lossen.
De persoonlijke en sociale competentie die kinderen gedurende hun ontwikkeling kunnen opbouwen heeft duidelijk een invloed op de draagkracht en de weerbaarheid, zelfs bij kinderen die opgroeien in een gezin met een hoog stressniveau. Het verhogen van het

gevoel van eigenwaarde is vaak een direct of indirect doel van programma's voor KOAP. Door o.a. het niet begrijpen van het ziekteproces van de ouder en de vaak slechte relatie met de ouder(s) bouwen kinderen een negatief zelfwaardegevoel op, dat hen extra kwetsbaar maakt.

Alle programma's voor KOAP worden in groepsverband aangeboden. Het aspect van sociale steun bij de kinderen onderling is heel belangrijk om verschillende redenen.
Ten eerste vinden de kinderen bij elkaar (h)erkenning voor hun ervaringen en gevoelens. Het is belangrijk dat kinderen in een 'veilige' omgeving (zonder zich te moeten schamen, uitgelachen te worden of later gepest te worden met wat ze over zichzelf en hun gezin verteld hebben) hun ervaringen en gevoelens kunnen delen met anderen. Ten tweede ervaren ze ook dat ze niet alleen zijn in hun situatie, een gedachte die vele kinderen hebben. Ten derde kunnen ze van elkaar bijvoorbeeld copingstrategieën leren, leren omgaan met een probleem door te horen hoe een ander kind dit aanpakt.

Speciale aandachtspunten voor de groepsleiders zijn het bewaken van interpersoonlijke grenzen en het hanteren van verlatingsgevoelens bij het beëindigen van de groepen.

4. Alternatieve activiteiten
Het is van belang voor de ontwikkeling van kinderen, en dus ook KOAP, dat ze de gelegenheid krijgen om deel te nemen aan activiteiten die alcohol, tabak en andere drugs uitsluiten (zoals bijvoorbeeld aansluiten bij een sportclub, hobbygroep, jeugdbeweging,…). Deze activiteiten hebben voor kinderen vele voordelen: ze bieden een aangename, nuttige en veilige tijdsbesteding, ze vergroten het gevoel van eigenwaarde en de competentie, ze reiken kinderen positieve contacten aan met leeftijdgenoten en ze vergroten de gelegenheid om levensvaardigheden te leren zoals bijvoorbeeld communicatie- en probleemoplossingvaardigheden. Er zijn programma's die alleen gericht zijn op alternatieve activiteiten, bij andere programma's vormt dit slechts een onderdeel.

Settings van de programma's

Emshoff en Price (1999) stellen dat preventie- en interventieprogramma's voor KOAP het meest efficiënt zijn wanneer ze én multipele risico- en protectieve factoren beïnvloeden binnen verschillende settings/milieus waarin kinderen leven. De eerstelijnszorg, met een belangrijke taak voor o.a.de (huis)artsen, de scholen, enz., neemt een belangrijke plaats in.

Huisartsen verkeren in een uitzonderlijk gunstige positie binnen het gezin om, naast het begeleiden van de ouders, ook aandacht te hebben voor KOAP. Ook kinderartsen zouden, volgens de auteurs, aan alle kinderen en adolescenten informatie moeten geven over middelenmisbruik. De 'American Medical Association' heeft 'Guidelines for Adolescent Preventive Services' opgesteld die strategieën voor zowel primaire als secundaire preventie (vroege interventies) voorstellen om het middelengebruik van adolescenten te verminderen. Tevens wordt het advies gegeven om routinematig risicokinderen op te sporen door na te gaan of er in de familie alcoholisme voorkomt en gedragsscreening uit te voeren bij alle schoolkinderen en adolescenten. Idealiter zou men reeds aandacht moeten hebben voor KOAP bij prenatale consultaties en toekomstige moeders die een alcoholprobleem hebben de nodige begeleiding geven.

Programma's via scholen aanbieden heeft een aantal voordelen: het bereiken van grote groepen kinderen over een lange tijdsperiode, mogelijke problemen van kinderen vallen op (gebrekkige verzorging, leer- en gedragsproblemen), zodat er vroegtijdig kan doorverwezen worden naar aangepaste vormen van hulpverlening.
Scholen zijn ook gemakkelijk toegankelijk voor alle kinderen: vervoerproblemen worden gemakkelijker opgelost, de drempel van centra voor geestelijke gezondheidszorg is vaak (te) hoog (negatief stigma).

De meeste schoolprogramma’s hebben een stapsgewijze aanpak: het geven van informatie staat centraal, gevolgd door een klassikale nabespreking waarbij geïnteresseerden uitgenodigd worden om deel te nemen aan een vervolginterventie/vervolgprogramma.
Deze vervolginterventies bieden in de meeste gevallen een ‘ondersteuningsgroep’ met de vier bovengenoemde inhoudelijke aspecten. Het aantal sessies varieert naargelang de programma’s.
Verder zijn het gezin zelf en gemeenschapsprogramma's (community-based programs) mogelijke settings.

Korte beschrijving van programma’s

1. Eerste lijnsgezondheidszorg (artsen)

Bright futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents’.

Dit programma werd in 1990 gemaakt op initiatief van de ‘Maternal Child Health Bureau of the Health Resources and Services Administration’ en de ‘Medicaid Bureau of the Health Care Financing Administration’.
Het hoofddoel is om de professionals uit de gezondheidszorg, uit het onderwijs en de gezinnen te betrekken in een alomvattende (overkoepelende) preventieve inspanning, die het belang benadrukt van de omgeving op de ontwikkeling van de kinderen. Juist die integratie van onderwijs met de gezondheidszorg is een tekort in de preventie voor kinderen. Dit programma blijkt niet specifiek voor KOAP bedoeld.

2. Scholen

2.1. Student Assistance Programs (SAP)
SAP omvat uitgebreide preventieprogramma’s voor preventie en vroege interventie voor hoge-risico groepen, waaronder de KOAP. Maar ze zijn niet specifiek ontworpen voor KOAP.
Ze worden aangeboden in het basis- en het middelbare onderwijs en hun doel is de preventie en de vroege interventie van risicogedragingen, waaronder middelenmisbruik.
Er zijn verschillende modellen, maar meestal geven begeleiders individuele en groepsinterventies voor leerlingen met problemen thuis, op school, met drugs of alcohol of andere persoonlijke problemen.
SAP is opgebouwd in drie componenten: 1. het identificeren van studenten die middelen misbruiken of risico lopen; 2. men kan terugvallen op professionele hulp voor preventie en interventie indien dit nodig mocht zijn; 3. er is nazorg voorzien voor het vergemakkelijken van de herintegratie van studenten die in behandeling zijn geweest.

2.2. Stress Management an Alcohol Awareness Program (SMAAP)
Het doel is de competentie van de deelnemende kinderen versterken door de toepassing van verschillende psychoeducatieve technieken, nl. het vergroten van het zelfwaardegevoel, het geven van informatie in verband met alcohol, het aanleren van coping strategieën (emotiegericht en probleemgericht). Er wordt niet beschreven welke technieken hiervoor precies gebruikt worden. Het programma is bedoeld voor basisschoolkinderen. SMAAP heeft een stapsgewijze aanpak, waarbij het geven van informatie centraal staat: aan alle leerlingen wordt een film (welke film wordt niet gezegd) vertoond over de ervaringen van KOAP. Daarna volgt er een informatieve bespreking van de film en wordt het verdere programma toegelicht en uiteindelijk worden alle kinderen uitgenodigd om deel te nemen aan de vervolginterventies. Deze bestaan uit acht (opeenvolgende) wekelijkse sessies. De toelating van de ouders is expliciet vereist voor de deelname aan de ondersteuningsgroep. Ieder kind krijgt naast groepsondersteuning, ook een ‘persoonlijke trainer’ toegewezen.
Gedurende acht weken, à rato van drie à vier uur per week, worden de kinderen in hun eigen omgeving (dus buiten de school) ondersteund bij het leren toepassen van de vaardigheden

uit het groepsprogramma. Kinderen krijgen op deze manier extra sociale steun aangeboden. Ze kiezen zelf een activiteit, en de ‘coach’ helpt hen om deze activiteit aan te leren, waarbij ook hun zelfwaardegevoel wordt gestimuleerd.

2.3. Students Together And Resourceful (STAR)

Het doel is het informeren van de studenten over alcohol, alcoholisme en de reacties van gezinnen wanneer een ouder alcoholist is. Men wil hen zo helpen om het ontstaan van alcoholisme te begrijpen en hun schuldgevoelens te verminderen.
Een bijkomend doel is de sociale competentie te verbeteren en zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de relaties met leeftijdgenoten te vergroten. Zo wordt het sociale netwerk van de deelnemers uitgebreid.
Ook hier vindt men een stapsgewijze aanpak, met het geven van informatie als centraal element. STAR richt zich tot de hogere klassen van de middelbare school
De toestemming van de ouders is expliciet vereist voor deelname aan de ondersteuningsgroep.

2.4. Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation (CASPAR)

Het doel is het voorkomen van de ontwikkeling van middelenmisbruik en aanverwante problemen in de algemene populatie van kinderen (12 tot 18 jaar). Er zijn ook specifieke programma’s voor hoge-risicogroepen, zoals de KOAP (12 tot 18 jaar).
Het programma verloopt in verschillende stappen:

- stap 1: alle leerlingen krijgen lessen over alcohol (en het gezin) in de klas
- stap 2: op verwijzing van leerkrachten of op eigen initiatief kunnen ze dan deelnemen aan naschoolse groepen, waarin dieper ingegaan wordt op die informatie (over alcohol in het algemeen en het alcoholische gezin in het bijzonder)

De groepen worden geleid door leerkrachten en stafleden van CASPAR. Er bestaan ook buitenschoolse groepen, die mee begeleid worden door ‘trained peer leaders’ (zelf KOAP).
Jongeren kunnen zelf het initiatief nemen om deel te nemen aan de groepen, of ze kunnen door hun ouders, leerkrachten, CASPAR-medewerkers verwezen worden. Het is gebleken dat studenten eerder niet kozen om aan te sluiten bij de groep van ‘alcoholic families’, maar toch maakten zij een kwart uit van de ‘basic alcohol education group’, wat erop kan wijzen dat jongeren zichzelf liever niet identificeren als KOAP(DiCiccio e.a., 1984).

2.5. Children of Drug Abusers and Alcoholics (Springer, J.F. e.a., 1992)

Dit is een interventieprogramma voor hoge-risicokinderen van 4 tot 10 jaar die opgroeien in een gezin met een ouder die verslaafd is aan alcohol en/of andere drugs.
Het programma duurt twaalf weken en bestaat uit twee delen: een deel voor de kinderen en een voor de gezinnen. Kinderen kunnen in kleine groepen deelnemen aan activiteiten in verband met creativiteit en speltherapie. De kinderen kunnen ook wekelijks, samen met hun ouder(s) deelnemen aan een ‘gezinsinteractie-groep’, waarbij de gezinsleden samen deelnemen aan creatieve en speltherapie-activiteiten.

2.6. Project 25 (New York)

Project 25 heeft een stapsgewijze aanpak: een klassikale gedeelte, waarin het geven van informatie centraal staat, wordt uitgevoerd door medewerkers van project 25 zelf. Een medewerker probeert KOAP in de klas te identificeren door hun reacties te observeren. Die kinderen worden dan uitgenodigd om aan de vervolginterventies (ondersteuningsgroep) deel te nemen. Over de concrete inhoud wordt niets vermeld.
Toelating van de ouders expliciet vereist voor deelname aan de ondersteuningsgroep.
Het is bedoeld voor kinderen van 11 à 12 jaar en omvat 45 sessies die verdeeld zijn over twee schooljaren.

2.7. Images within (Woodside e.a., 1997)
Dit schoolprogramma gebruikt kunstwerkjes van KOAP om klassikale gesprekken op gang te brengen over alcoholmisbruik van ouders. Het bevat enkel een klassikaal onderdeel (gegeven door leerkracht) waarbij het informatieve aspect centraal staat.
De doelen van dit programma zijn: het vergroten van kennis over alcoholisme en de negatieve effecten van alcoholisme en het vergroten van copingtrategieën.

3. Het gezin

3.1. Strengthening Families Program (SFP) (Kumpfer, K.L. e.a., 1989)
SFP is een programma voor basisschoolkinderen waarvan de ouders middelen misbruiken. De basisinterventie bevat drie onderdelen:
1. een trainingsprogramma voor ouders, gebaseerd op Patterson
2. een sociale vaardigheidsprogramma voor de kinderen
3. een programma om de gezinsrelaties te verbeteren.

Het programma wordt uitgevoerd in scholen, kerken en jeugddiensten; men tracht hiermee gezinnen te bereiken die anders moeilijk bereikbaar zouden zijn.
Er zijn wekelijkse sessies van twee à drie uur, gedurende zestien weken. Een sterk punt van dit programma is dat er aanpassingen gemaakt werden voor verschillende etnische groepen in de VS.

3.2. Family Skills Training Program (Kumpfer & De Marsh (1986))
Dit is een trainingsprogramma voor ouders en behandelt drie risicogebieden bij kinderen, namelijk het functioneren van het gezin, de gedragsproblemen en de expressiviteit van de kinderen.

3.3. Programma van Zucker e.a.
Dit is een programma voor ouders van kleuters. Het duurt van twaalf tot zestien weken en bevat 2 onderdelen: een gedragsmatige oudertraining, gebaseerd op Patterson en een problem-solving training voor het echtpaar.

4. Gemeenschapsprogramma's ('community-based')

4.1. Alateen
Alateen is een programma dat deel uitmaakt van de AL-Anongemeenschap en dat gebaseerd is op het twaalf stappen-programma van da AA. Het zijn groepsbijeenkomsten waarin jongeren (12 tot 18 jaar) ervaringen kunnen delen, kunnen leren met hun problemen om te gaan en ook informatie krijgen over alcoholisme (aan de hand van voorlichtingsmateriaal). De leden blijven 'anoniem' omdat ze alleen hun voornaam gebruiken. De Alateengroepen worden begeleid door volwassen Al-Anonleden die vaak ook zelf een kind van een alcoholist zijn.

4.2. The Midwest Prevention Project
Dit preventieproject is niet specifiek bedoeld voor KOAP, maar is een veelomvattend/uitgebreid preventieaanbod (met solide evaluatiegegevens).
Het is een programma dat een combinatie is van een strategische primaire preventie met een uitgebreid aanbod. Het bestaat uit vijf componenten: een massa-mediacampagne, betrokkenheid van scholen, van de ouders, van verenigingen (community organisation) en van de gezondheidszorg.

Evaluatieonderzoeken van programma's voor KOAP

De evaluatie van deze programma's is slechts in beperkte mate uitgevoerd. We geven hier beknopt weer of en welke soort van evaluatieonderzoek er gebeurde en wat de gevonden resultaten zijn.

1. Student Assistance Program (SAP):

Over dit programma hebben we geen evaluatieonderzoeken gevonden.

2. Stress Management and Alcohol Awareness Program (SMAAP):

Er werden van dit programma twee studies gedaan.
De eerste studie (Roosa e.a., 1990) vergeleek een experimentele groep (n=26) met een controlegroep(n=55). Men deed een voor- en een nameting aan de hand van een vragenlijst en van een gedragsobservatie in de klas. De onderzoekers vonden een verbetering qua coping, depressie en hulpzoekgedrag bij de kinderen uit de experimentele groep.
De tweede studie (Short e.a.,1995) vergeleek een experimentele groep en een wachtlijstcontrolegroep (totaal = 237). Men deed voor- en nametingen aan de hand van vragenlijsten. De resultaten van deze studie toonden aan dat de kinderen die deelnamen aan dit programma, meer dan de kinderen uit de controlegroep, meer kennis, sociale steun en emotiegerichte copingstrategieën rapporteerden.
Nog andere studies (Emshoff & Price,1999) toonden aan dat er ook een negatief bijkomstig effect vastgesteld werd, nl. een significante verhoging van de verwachte spanningsreducerende werking van alcohol. Bij adolescenten zou dit kunnen leiden tot het meer gebruiken van alcohol en dus moet er verder onderzocht worden hoe dit komt en wat eraan gedaan kan worden.
Verder vond men geen verschil tussen de groepen met en zonder persoonlijke trainer.

3. STAR:

Het effect van dit programma werd gemeten door een experimentele groep te vergelijken met een controlegroep, die het programma later aangeboden kregen (totaal = 200) (Emshoff, 1990). De deelnemers aan de experimentele groep hadden betere sociale relaties, het gevoel meer controle te hebben en een verbeterd zelfwaardegevoel. Ze rapporteerden ook meer vrienden te hebben, meer betrokkenheid met leeftijdsgenoten en meer sociale steun. Ze voelden zich minder depressief en minder eenzaam. Er wordt niet vermeld hoe en wanneer (en of er) de voor- en nameting plaatsvonden.

4. CASPAR:

Men evalueerde dit programma door aan de deelnemers hun mening te vragen (geen voor- en nameting, geen controlegroep, geen gestandaardiseerde vragenlijsten/meet-instrumenten).
KOAP die meededen in de basislessen over alcohol rapporteerden dat ze nuttige informatie geleerd hadden, die invloed had op hun drinkgedrag. De niet KOAP in de basislessen en de KOAP in de naschoolse groepen hadden blijkbaar minder hieruit geleerd. Maar de KOAP uit de vervolggroep rapporteerden meer positieve leerervaringen. Over welke leerervaringen het ging, wordt niet gezegd.

5. Children of Drugabusers and alcoholics:

Evaluatie–onderzoek toonde dat de competentie en het gedrag van de kinderen verbeterden. Dit werd gemeten met de Child Behavior Checklist (CBCL van Achenbach). Men gebruikte geen controlegroep.

6. Project 25:

Dit programma werd enkel geëvalueerd aan de hand van een beoordeling van de deelnemers, die het programma overigens positief beoordelen. Vooral het aspect 'sociale steun' blijkt een belangrijk effect te hebben.

7. Images within: (Woodside e.a., 1997)
Men onderzocht het effect van de toename van kennis over alcoholgebruik bij scholieren. Men deed een voor- en een nameting (geen follow-up) met gestandaardiseerde meetinstrumenten bij 278 kinderen die het programma volgden. Deze gegevens werden vergeleken met 310 kinderen die het programma niet volgden (de controlegroepen waren klassen van dezelfde scholen). Dit programma bleek een duidelijk effect te hebben in de vorm van meer kennis over alcoholproblemen.

8. Strengthening Families Program: (SFP)
Evaluatie-onderzoek van dit programma toonde aan dat het basisprogramma het meest effectief was en dat de culturele aanpassingen zeker het kernprogramma moeten behouden.

Besluit:

De programma's voor KOAP die beschreven worden in de literatuur komen bijna allemaal uit de V.S. We hebben in de literatuur geen Vlaamse of Nederlandse programma's gevonden voor KOAP. Bij de Amerikaanse programma's gaat het om preventie- en interventieprogramma's, gericht op het voorkomen van problemen bij KOAP.
Pretieners en tieners zijn een belangrijke doelgroep omdat ze zelf op een meer actieve manier in aanraking komen met alcohol en andere drugs en omdat bij de tieners de relatie met hun ouders meer onder druk komt te staan door het op gang komen van hun autonomieproces.
De inhoud van de verschillende programma's vertoont veel gelijkenissen qua inhoud, opbouw en setting waarin ze aangeboden worden. Wat betreft de inhoud vinden we vier basiscomponenten: informatie/educatie, sociale steun geven en sociale vaardigheden aanleren, copingvaardigheden (omgaan met emotionele problemen) aanleren en ten slotte (gezonde) alternatieve activiteiten stimuleren. De opbouw van de programma's verloopt in de meeste gevallen stapsgewijs: eerst een klassikaal gedeelte, waarin het geven van informatie over alcohol en alcoholisme centraal staat en daarna vervolginterventies (alleen voor KOAP) waarbij verdere informatie en ondersteuning geboden worden. Alle aangeboden programma's zijn -op enkele uitzonderingen na- specifiek gericht naar de kinderen en worden in scholen aangeboden. Dit heeft als voordeel dat er veel kinderen bereikt worden, maar als nadeel dat de ouders niet bij de interventies betrokken worden. Bovendien bleek ook dat kinderen nogal terughoudend zijn om zichzelf te identificeren als KOAP in hun schoolgroep (uit schaamte,...).
Alle programma's worden ook in groep aangeboden omdat een groepsaanpak vele voordelen heeft voor de kinderen: ze ervaren dat ze niet de enige zijn met een alcoholistische ouder ((h)erkenning), ze kunnen praten met elkaar en zich begrepen voelen, ze ervaren een gevoel van verbondenheid, het relativeren van de eigen situatie, het haalt hen uit een sociaal isolement, en ze kunnen veel leren van elkaar over hoe om te gaan met de situatie thuis.

3.2. Ontwikkeling van ons programma: 'Gezinnen onder invloed – Invloedrijke gezinnen'

Voor het ontwerpen van ons programma hebben we ons deels gebaseerd op informatie vanuit de literatuur, en deels op onze eigen ervaringen in het werken met kinderen, jongeren en hun gezinnen in het algemeen en met KOAP en hun ouders in het bijzonder. Dr. Ansoms is op de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen in Tienen de bezieler van de familiewerking. Reeds eind jaren '80 stimuleerde hij ons om kindergroepen op te zetten voor KOAP (in samenwerking met het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Tienen).

Vanuit onze ervaring zijn we ervan overtuigd dat we de ouders zeer nauw moeten betrekken bij het kinderprogramma om verschillende redenen. Ten eerste hebben ouders een sterke invloed op de ontwikkeling van de kinderen. Zij zijn de centrale personen om voor het welzijn van de kinderen te zorgen. Het is heel belangrijk dat de ouders het programma mee ondersteunen en geïnformeerd worden over wat het kinderprogramma inhoudt en hoe het verloopt. Ten tweede is het belangrijk voor de kinderen te weten dat hun ouders hen de 'goedkeuring' geven om deel te nemen. Een programma voor kinderen kan alleen werkzaam en heilzaam zijn, wanneer er veel aandacht en respect is voor de loyaliteitsgevoelens van de kinderen naar hun ouders toe. Ten slotte is het voor de ouders ook heel helpend om in hun herstelproces (opnieuw) bewust bezig te zijn met hun rol als vader of moeder. Dit aspect van het herstel wordt te vaak over het hoofd gezien in de behandeling van volwassenen met afhankelijkheidsstoornissen. Daarom hebben we naast een module voor de kinderen, ook een module voor de ouders uitgewerkt. Opdat ons programma ook door andere hulpverleners gebruikt zou kunnen worden, hebben we een draaiboek voor hulpverleners gemaakt.

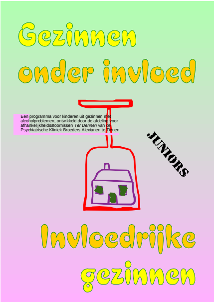
3.2.1. Module Kinderen (Juniors en Tieners)

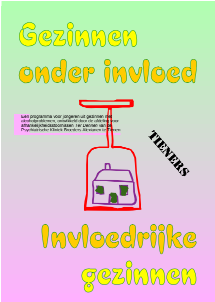
Uitgangspunten:

Het programma voor de kinderen is een groepsprogramma, omdat op die manier kinderen steun en herkenning kunnen vinden bij elkaar. Dit is ook wat de kinderen na afloop zelf aangeven als het belangrijkste aspect van het programma: de erkenning van het probleem en het ervaren dat men niet de enige is die met deze situatie geconfronteerd wordt. Men kan eindelijk open spreken met mensen die hetzelfde meemaken en die dus begrijpen waarover men het heeft. De moeilijke en ambivalente gevoelens die men over zijn ouders heeft, de schaamte, boosheid, het verdriet, de angst kunnen uiten, wordt door de kinderen als helpend ervaren. Deze gevoelens zijn niet verdwenen na afloop van het programma, maar worden benoemd en erkend en kunnen zo beter verwerkt worden.

We hebben onze doelgroep (kinderen en jongeren tot 18 jaar) ingedeeld in twee leeftijdscategorieën: de juniors (8 tot 12 jaar) en de tieners (13 tot 18 jaar). Kinderen jonger dan 8 jaar hebben nog niet voldoende en leesvaardigheden om in het werkboek te volgen. Hun begripsvermogen verschilt ook te veel van dat van bijvoorbeeld tienjarigen om gezamenlijke gesprekken te voeren. Groepen voor -8 jarigen vragen een andere aanpak. De grensleeftijd van 12 à 13 jaar kan in beide groepen moeilijk zijn, omdat kinderen van deze leeftijd onderling zoveel kunnen verschillen qua ontwikkelingsniveau. Sommige twaalf- en dertienjarigen 'puberen' reeds volop, terwijl anderen nog veel kinderlijker zijn. De groepsbegeleiders moeten hier speciale aandacht aan geven. De jonge tieners zijn een belangrijke doelgroep voor een KOAP-programma. Zoals we reeds gezegd hebben komen zij met leeftijdsgenoten op een meer actieve manier in aanraking met alcohol en andere drugs. Bovendien komt de relatie met hun ouders onder druk. Het opvoeden van tieners stelt ouders voor een zorgzame maar beslist leidinggevende opdracht.

Inhoudelijk bevat ons programma twee delen: een informatief gedeelte over alcoholproblemen en een gedeelte over copingvaardigheden. We hebben de inhoudelijke elementen die in de literatuur vernoemd worden, zeker aan bod laten komen in ons programma. Het betreft: informatie over alcoholisme, sociale steun en het aanleren van sociale vaardigheden, copingvaardigheden en het ondernemen van 'gezonde' alternatieve activiteiten. Maar voor hoe deze aspecten aan bod komen, hebben we vooral gesteund op onze eigen ervaring in het werken met kinderen/jongeren/ouders en met groepen. We hebben de verschillende inhoudelijke elementen in werkboekjes verwerkt en aangepast aan de leeftijd van de juniors en de tieners.





Deel 1: Psycho-educatie:
De objectieve feiten over alcoholafhankelijkheid (en over herstel), over de effecten op het gezin, de gezinsleden en vooral op de kinderen, over wat de kinderen wel/niet kunnen doen in moeilijke situaties,…

Deel 2: Vaardigheidstraining met verschillende onderdelen:
- Cognitieve vaardigheidstraining als basis voor probleemoplossing
- Leren omgaan met stress en met moeilijke gevoelens (stresshantering, coping)
- Sociale vaardigheden bevorderen
- Goed voor zichzelf leren zorgen

We hebben voor het project gekozen voor reeksen van vijf sessies. Vermits we een diagnostische evaluatie wilden doen voor en na de reeksen, zou het aantal reeksen binnen de projectduur onvoldoende groot zijn als de reeksen langer waren. De werkboeken zijn uitgewerkt voor vijf sessies, maar er zit voldoende stof in voor acht of zelfs meer sessies. Zoals we verder zullen bespreken, vonden de meeste kinderen vijf sessies veel te kort en moeten we hier in de toekomst rekening mee houden.

Verantwoording voor de verschillende onderdelen van de module voor juniors en tieners

Deel 1: Het psycho-educatieve deel
De eerste stap in het helpen van kinderen bij de verwerking van stressvolle situaties is hen leren onder woorden brengen hoe ze tegen deze situaties aankijken en ze interpreteren. Daarna kunnen ze geholpen worden om hun 'denkfouten' te corrigeren. Men dient zich daarbij te realiseren dat kinderen niet zozeer worden beïnvloed door het objectieve, meetbare gedrag, de attitude of het ziektebeeld van de ouder, maar wel door de eigen subjectieve impressies die het kind van zijn ouder heeft.
Het effect van een emotioneel significante ervaring - zoals een lange afwezigheid van de vader of een bittere echtscheiding - zal afhangen van hoe het kind deze gebeurtenissen interpreteert. Zelden zal er een vaststaand gevolg zijn van een bepaalde gebeurtenis - om het even hoe traumatisch - of van specifieke gezinsomstandigheden. Er is dus een subjectieve factor die de invloed van het gezin bepaalt. Hoe kinderen het alcoholmisbruik van hun ouder interpreteren wordt in grote mate beïnvloed door de zienswijze van de niet-drinkende ouder en van de ruimere omgeving. Daarom is het zeer belangrijk om in de ouder-module hier aandacht aan te besteden.

In de module voor de kinderen willen we duidelijke en verstaanbare informatie geven over wat alcoholafhankelijkheid is en wat de invloed hiervan is op de persoon zelf, op zijn gezin en zeker op de kinderen. Het helpt de kinderen vooral om onjuiste, voor hun zelfbeeld schadelijke interpretaties te voorkomen of te corrigeren.
Dergelijke interpretaties nemen de vorm aan van negatieve gedachten, die kunnen ontaarden in piekergedachten, veel emotionele energie opslorpen en bovendien de ouder-kindrelatie negatief beïnvloeden. Een kind denkt dan bijvoorbeeld: ‘Mijn moeder houdt niet van me, want anders zou ze wel stoppen met drinken’. Het kind zal zich dan afgewezen en

verdrietig voelen. Hierbij kan ook de behoefte om toch enige controle over de situatie te behouden een rol spelen. Zo kan een kind denken dat de ouder minder zal drinken als het maar beter zijn best doet op school, of als het maar probeert om altijd braaf te zijn. Zo ontwikkelen zich schuldgevoelens en een negatief zelfwaardegevoel.
Juiste informatie helpt de kinderen ook om beter te begrijpen wat er aan de hand is bij hen thuis. Vele ouders denken hun kinderen te beschermen door de problemen voor hen 'te verstoppen'. Ze hopen dat de kinderen er niet teveel van merken en praten dus niet openlijk over het drinken en de gevolgen ervan. Maar kinderen worden wat dit betreft vaak onderschat. Ze 'voelen' dat er thuis dingen aan de hand zijn, ze vangen die signalen feilloos op. Omdat ze echter niet precies weten wat het is, kunnen sommigen hierdoor emotioneel in de war geraken. Kinderen hebben dan de neiging alles van buitenaf op zichzelf te betrekken, en dit versterkt nogmaals hun schuldgevoelens en hun vaak reeds negatief zelfbeeld.
Bovendien is ontkenning van de alcoholproblemen door de drinkende ouder en soms ook door de partner, inherent aan afhankelijkheidsproblemen. Doordat ouders de problemen ontkennen (voor zichzelf, maar ook voor anderen), doen kinderen dat ook. Ontkenning is een negatieve copingstrategie. Met de kinderen op een open en duidelijke manier over problematisch alcoholgebruik praten helpt: ze krijgen een kader aangeboden om wat ze dagelijks in hun gezin ervaren (buiten zichzelf) te kunnen plaatsen. Inzicht en informatie zijn belangrijke voorwaarden voor verwerking.

Ten slotte is het geven van juiste informatie aan de kinderen een onmisbaar onderdeel van preventie. Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat de verwachtingen van KOAP ten aanzien van de effecten van alcohol een belangrijke rol spelen bij de transgenerationele transmissie van alcoholproblemen. Het hebben van positieve verwachtingen van alcohol (associaties met gezelligheid, stoer zijn,…) verhoogt het risico op overmatig drankgebruik. Het is dus belangrijk om via preventie misattributies te corrigeren (Wiers, 1994).

Het psycho-educatieve deel voor de kinderen is geordend in een aantal 'Feiten over alcohol en alcoholafhankelijkheid'. Het zijn vijf stellingen die men samen met de kinderen kan bespreken.

Schema 12: Feiten over alcohol en gezin

Feit 1 **:** *Alcohol is een scheikundige stof met positieve (in kleine hoeveelheid) en negatieve (in grotere hoeveelheden) eigenschappen.*

Feit 2 **:** *Alcoholafhankelijkheid is een ernstige ziekte met verschillende kenmerken.*

Feit 3 **:** *Alcoholmisbruik veroorzaakt veel stress in het gezin*

Feit 4 **:** *Alcoholmisbruik heeft een negatieve invloed op de kinderen/de jongeren*

Feit 5 **:** *Kinderen/jongeren kunnen leren op verschillende manieren goed voor zichzelf te zorgen.*

Feit 1: **Alcohol is een scheikundige stof met positieve (in kleine hoeveelheid) en negatieve (in grotere hoeveelheden) eigenschappen**.

Wat is alcohol? Wat doet alcohol met je? Wat is de invloed van alcohol op je gezondheid? (korte en lange termijn effecten) Wanneer is alcohol een probleem?

Feit 2: **Alcoholafhankelijkheid is een ernstige ziekte met verschillende kenmerken.**

- Er is stabilisering en herstel mogelijk mits hulp van buitenaf (zelfhulp -AA- of professionele hulp).
- De belangrijkste kenmerken zijn: controleverlies, tolerantie, ontwennings-verschijnselen, black-outs,...
- Alcoholafhankelijkheid ontstaat geleidelijk, in verschillende stappen. Dit geldt ook voor het herstel, dat 1 tot 2 jaar kan duren.
- Alcoholproblemen worden veroorzaakt door een interactie van verschillende factoren in de mens zelf en in zijn milieu en met de eigenschappen van het product.
- Alleen de persoon zelf is verantwoordelijk voor zijn/haar drinkgedrag. De andere gezinsleden, dus ook de kinderen, zijn niet verantwoordelijk voor het ontstaan, voortduren of het doen stoppen van het alcoholmisbruik.

Feit 3: **Alcoholmisbruik veroorzaakt veel stress in het gezin**

- Het brengt voor iedereen in het gezin veel negatieve gevoelens mee.
- Iedere persoon reageert verschillend op de stress in het gezin, en ieder verwerkt die stress op zijn eigen manier.
- Het werkt met name destructief als alles of zeer veel in het gezinsleven rond het alcoholmisbruik gaat draaien, als alles in functie staat van dit probleem.
  Belangrijk is vooral het veilig stellen van routines (bijvoorbeeld maaltijden) en rituelen (bijvoorbeeld viering van feestdagen, vakantie) in het gezin, en dit niet laten afhangen van het gedrag van de drinkende ouder.

Feit 4: **Alcoholmisbruik heeft een negatieve invloed op de kinderen/de jongeren**

- Kinderen krijgen meestal te weinig informatie over alcohol en alcoholafhankelijkheid. Velen hebben dan onjuiste gedachten hierover.
  Kinderen veroorzaken de alcoholproblemen niet, zijn er niet de schuld van, kunnen ze niet controleren of oplossen.
- Er zijn in Vlaanderen veel kinderen en jongeren die opgroeien in een gezin met alcoholproblemen.
- Kinderen van alcoholafhankelijke ouders hebben meer risico op problemen, ook alcoholproblemen (viermaal meer). Ze leven in een gezin waar er meer stress is en dat kan belastend voor hen zijn. Het is belangrijk voor hen om hier goed mee te leren omgaan.
- Kinderen hebben de neiging om een bepaalde rol in het gezin op zich te nemen en als er problemen zijn, zich hier rigide aan vast te houden. Zij zijn de verantwoordelijke, de aanpasser, de rebel of zondebok of de clown in het gezin. We werken met deze concepten in het programma omdat ze klinisch relevant en voor de kinderen goed herkenbaar zijn.

Feit 5: **Kinderen/jongeren kunnen leren op verschillende manieren goed voor zichzelf te zorgen.**

- Kinderen kunnen leren om zichzelf te beschermen als de ouders veel problemen hebben thuis. Kinderen zijn hier niet verantwoordelijk voor en kunnen deze problemen niet verhelpen of oplossen. Dus kunnen ze er maar beter afstand van nemen (in gedachten en/of in het echt) en goed zorgen voor zichzelf, zodat negatieve gevoelens niet de overhand krijgen.
- Goed zorgen voor zichzelf betekent ook goed werken op school. Op die manier bouwen ze aan hun eigen toekomst.
- Goed zorgen voor zichzelf betekent goed zorgen voor je vriendschappen. Hierbij is het belangrijk om op te komen voor jezelf (assertiviteit).

- Leuke dingen doen voor jezelf, fijne hobby’s uitbouwen is ook een manier om goed voor jezelf te zorgen.
- Kinderen moeten aangemoedigd worden om steeds de hulp die ze nodig hebben te vragen: praten met mensen die ze vertrouwen (volwassenen en/of leeftijdgenoten).
- Hoewel het heel moeilijk kan zijn om op te groeien in een gezin met alcoholproblemen, kunnen kinderen hier ook positieve dingen uit leren voor hun eigen leven. Bijvoorbeeld het zelf anders omgaan met alcohol of andere middelen.

Het psycho-educatieve deel richt zich dus op de denkinhouden (cognities/representaties) van de kinderen over het alcoholmisbruik van de ouder en de effecten op het gezin.

<u>Deel 2: Vaardigheidstraining</u>

Cognitieve vaardigheidstraining
Dit onderdeel van het programma richt zich op het bewust worden en leren hanteren van verschillende denkstijlen. Het omvat:
- beter leren denken (leren denken over denken)
- verbeteren van de vaardigheid om informatie te verwerken

Het doel is de kinderen een basis te bieden voor probleemoplossing- en sociale vaardigheden. Men leert hen de basis voor strategieën die hen kunnen helpen bij het aanpakken van problemen die zich in de toekomst kunnen voordoen.

Het is belangrijk dat kinderen verschillende denkstijlen leren herkennen en kunnen toepassen. Dit bieden we de kinderen aan via de methodiek van de denkpetten, die gebaseerd is op het werk van De Bono (1999).
Men leert kinderen hun denkproces structureren, zodat ze van denkstijl of van denkperspectief wisselen en niet steeds vanuit één gezichtspunt denken.
Naargelang de denkstijl die uit hun woorden blijkt zetten de kinderen een (denk)pet op met een andere kleur en geven en krijgen hier reactie op van de groepsleden en de begeleider.
- de witte pet: denken in feiten en cijfers, logisch denken
- de rode pet: denken vanuit gevoelens of emoties
- de zwarte pet: voorzichtig, kritisch of negatief denken
- de gele pet: opbouwend of positief denken, het zoeken naar kansen en mogelijkheden
- de groene pet: creatief denken, het bedenken van nieuwe, originele oplossingen
- de blauwe pet: sturend denken, het herkennen van de eigen manier van denken, het ‘helikopterzicht’.

Kinderen kunnen deze denkstijlen leren toepassen in verband met het drankprobleem van hun ouder, maar ook in verband met andere situaties in hun leven.

Leren omgaan met stress en moeilijke gevoelens (coping)
We baseren ons voor dit gedeelte op de cognitieve therapie of Rationele Emotieve Therapie (RET) van Ellis.
Het doel is de kinderen te leren zien dat onze manier van denken mee bepaalt hoe we ons voelen en wat we doen. Soms hebben we onjuiste, onware, irrationele ideeën die moeilijke gevoelens (en emotionele problemen) meebrengen. Deze gedachten onderzoeken en vervangen door andere gedachten vormt de basis voor het leren omgaan met moeilijke gevoelens (stresshantering).

We presenteren de kinderen het G+G = G+G model: Gebeurtenis + Gedachte = Gevoel + Gedrag. Via oefeningen met eigen voorbeelden merken de kinderen dat de gedachten die ze hebben over een bepaalde gebeurtenis mee bepalen hoe ze zich erbij voelen, en ook bepalen wat ze gaan doen. Op die manier geeft men de kinderen een middel om met hun

verwarrende en moeilijke gevoelens om te gaan, om er controle over te krijgen via bewuste positieve gedachten. De eerste stap hierbij is dat zij zich bewust worden van hun ‘innerlijke stem’, van de constante dialoog met zichzelf. Die inwendige boodschappen worden vaak als evidente waarheden beschouwd die niet meer in vraag gesteld worden. In de groep kunnen de kinderen leren de storende en niet-helpende cognities los te laten en andere gedachten, die mede aangereikt worden door de begeleiding of de andere groepsleden, in de plaats te stellen.
Ook hier is het zo dat kinderen dit kunnen toepassen op de alcoholproblemen van de ouder, maar ook op andere situaties. Belangrijk is te werken met voorbeelden die door de kinderen zelf worden aangebracht.
In een kindergroep met vijf sessies zal er niet genoeg tijd zijn om op dit onderdeel grondig in te gaan. Indien de sessies uitgebreid worden tot zeven of acht kan dit wel.

Opkomen voor jezelf

Dit deel bevat twee onderdelen.

1. Sociale vaardigheden ontwikkelen
   Het wetenschappelijk onderzoek toont aan dat sociale vaardigheidstraining een essentieel element is in programma’s die erop gericht zijn om kinderen weerbaarder te maken. Het gaat dan om complimenten geven en krijgen, reageren op vervelende opmerkingen (eventueel op pesten). Via rollenspel in een (veilige) groep kunnen kinderen nieuw of ander gedrag in sociale situaties inoefenen.
2. Leren goed voor zichzelf zorgen
   KOAP, die vaak meer gericht zijn op de problemen van hun drinkende ouder en de gevolgen hiervan voor de andere gezinsleden dan op zichzelf, moeten expliciet aangemoedigd worden om vooral ook goed voor zichzelf te zorgen. Ze moeten leren dat ze door hun aandacht meer op zichzelf te richten, los kunnen komen uit hun ‘co-dependente’ rol.
   Ze moeten zichzelf ook leren zien als ‘de moeite waard’ om goed voor te zorgen. Ook dat is voor sommige adolescenten moeilijk, zeker als ze vaak in de rol van de rebel of zondebok zitten.
   Er moet dus in het programma aandacht zijn voor
   - de eigen gezondheid
   - de school, niet als plicht of iets wat men voor de ouders moet doen, maar als kans om actief aan de eigen toekomst te werken
   - vrije tijd als kans om eigen interesses en hobby’s te ontwikkelen, als mogelijkheid om zichzelf te ontplooien, als ruimte om echt plezier te maken en onbezorgd bezig te zijn.

Concrete uitwerking juniorgroepen

We voorzien in totaal minimum vijf sessies (om de twee weken gedurende twee uren). Het is zeker aan te raden om meer sessies te voorzien indien dit mogelijk is.
We geven een overzicht van hoe de sessies concreet opgebouwd kunnen worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de werkmethodieken verwijzen we naar het draaiboek voor hulpverleners.

<u>Sessie 1</u>: *Wat is alcohol?*

- kennismaking: via een interview en een namenspel krijgen de kinderen de kans om elkaar te leren kennen.
- het programma van de sessie overlopen
- het doel en de werkwijze van de groep verduidelijken: waarom organiseren we dit programma, wat gaan we doen ,wat verwachten we van elkaar, welke zijn de afspraken die gelden (op tijd komen, niets verder vertellen over de andere deelnemers…)
- de kinderen (in kleine groepjes) vragen naar hun mening over alcoholisme en alcohol.

- **pauze** met een hapje en een drankje en spelmateriaal (pingpong, verkleedmateriaal...)
- feit 1-*Wat is alcohol?* en 2-*Afhankelijkheid als ziekte* van de psycho-educatie aanbrengen (bijvoorbeeld via de video of het maken van een collage)
- eindigen met een spelletje en/of een rondvraag

<u>Sessie 2</u>: *Wat gebeurt er thuis?*

- de namen opnieuw oefenen met een spelletje, zodat ze die vlot kunnen gebruiken
- het programma van deze sessie overlopen
- even bijpraten: de kinderen de kans geven om te spreken over hun ervaringen van de afgelopen periode, indien ze dit willen
- stilstaan bij de informatie die in de eerste sessie gegeven werd, nagaan of deze goed begrepen werd
- feit 3-*Gevolgen van alcoholmisbruik voor het gezin* van psycho-educatie aanbrengen (via collages)
- **pauze**
- vervolg feit 3, met veel aandacht voor de ervaringen van de kinderen zelf
- introductie van de cognitieve vaardigheidstraining via de denkpetten (wat is het en waar dient het voor)
- eindigen met een spelletje en/of een rondvraag

<u>Sessie 3</u>: *Wat kan jij doen?*

- het programma van deze sessie overlopen
- even bijpraten
- de informatie van de tweede sessie herhalen (men kan dit kort houden en door de kinderen zelf laten uitleggen)
- feit 4-*Negatieve invloed op de kinderen* van psycho-educatie aanbrengen
- **pauze**
- vervolg cognitieve vaardigheden via de denkpetten
- toepassen op de eigen situaties en ervaringen: de kinderen zelf voorbeelden laten zoeken en opschrijven
- eindigen met een spelletje en/of een rondvraag

<u>Sessie 4</u>:*Opkomen voor jezelf*

- even bijpraten
- programma van de sessie overlopen
- even bijpraten
- feit 5 aanbrengen: 'opkomen voor jezelf'
- **pauze**
- feit 5 toepassen via rollenspel of andere methodiek
- ganzenbordspel met kaartjes. Via dit spel worden alle onderdelen van het programma terug ter sprake gebracht en/of ingeoefend
- oefenen met de denkpetten
- eindigen met een spelletje en/of een rondvraag

Sessie 5: *Wat hebben we geleerd?*

- even bijpraten
- programma van deze sessie overlopen
- even bijpraten
- bespreking van de samenvatting van alle sessies: aan de hand van vragen en opmerkingen van de kinderen komen de verschillende onderwerpen nog eens kort ter sprake
- **pauze**
- keuzeactiviteit van de kinderen
- evaluatie van het programma
- afscheid, met een 'leuke boodschappen' kaart

Terugkomdag
Voor ouders en kinderen samen
De invulling van deze sessie is heel open: voornaamste doel is het onderlinge contact.
Men laat het aan de kinderen over te beslissen wat ze willen doen en hoe ze de sessie willen invullen. Eventueel eindigen met een evaluatieronde.

Concrete uitwerking van de tienergroep
Ook bij de tieners voorzien we in totaal vijf sessies (om de twee weken gedurende twee uren)

Sessie 1

- kennismaking en ‘losmakertjes’
- een aantal afspraken overlopen (doel en werkwijze)
- rondleiding op de afdeling en in het ziekenhuis
- via ‘muurdiscussie’ antwoorden op de vragen: Wat is alcohol? Wat is alcoholisme? Wat is verslaving? Wat zijn de oorzaken? Gevolgen van alcoholmisbruik?
- **pauze**
- bekijken van de video en bespreken van de video
- feit 1-*Wat is alcohol* en 2-*Afhankelijkheid als ziekte* van psycho-educatie overlopen
- eindigen met ‘losmakertje’ of vragenronde

Sessie 2

- beginnen met een ‘losmakertje’ (nogmaals elkaar voorstellen)
- vragenronde
- maken van de collages
- **pauze**
- bespreken van de collages
- feit 3-*Gevolgen van alcoholmisbruik voor het gezin* van psycho-educatie (aan de hand van collage rond stress)
- (tussen)evaluatie aan de hand van een spel

Sessie 3

- vragenronde en bijpraten
- collages nog eens bekijken
- feit 4-*Negatieve invloed op de kinderen* van psycho-educatie (aan de hand van collage rond stress en gezin/familie)
- feit 5 van psycho-educatie: *opkomen voor jezelf* (aan de hand van collage rond vrije tijd/vrienden)
- **pauze**
- introductie denkpetten (wat is het en waar dient het voor)
- tieners zelf een voorbeeld laten zoeken en dit ook opschrijven
- oefenen met de denkpetten
- opdracht om dit ook thuis of op school eens toe te passen

Sessie 4

- vragenronde en even bijpraten
- oefenen met de denkpetten aan de hand van een gebeurtenis/probleem van een tiener
- **pauze**
- ganzenbord
- eindigen met een 'losmakertje'

Sessie 5

- vragenronde en even bijpraten
- oefenen met de denkpetten aan hand van een gebeurtenis/probleem van een tiener
- uitleg over het G + G = G + G model
- **pauze**
- druglinkspel (eventueel)
- evaluatie en afscheid

Methodieken

We geven hier in het kort de methodieken aan die we gebruiken ter ondersteuning van de psycho-educatie en van het groepsproces in de junior- en in de tienergroep. In het draaiboek voor de hulpverleners geven we een uitvoerige beschrijving van iedere methodiek met de concrete uitwerking en praktijkervaring.

1. Sensibiliseringsmethoden

Doel

- Zoveel mogelijk cliënten (en partners en kinderen) informeren over het bestaan van een kindergroep.
- Het gezin overtuigen van het nut van zo'n kindergroep.
- De collega's in het team sensibiliseren voor de problematiek.

2. Kennismaking en losmakertjes

Doel

Dynamiek en sfeer in de groep bereiken op een korte termijn (vijf bijeenkomsten van twee uur), zodat

- Iedereen zich thuis voelt in de groep,
- Persoonlijke meningen, ervaringen, gedachten en emoties aan bod kunnen komen,
- Er ruimte is voor vrij initiatief,

- Kinderen voelen dat ze deel uitmaken van de groep en meewerken aan die groep,
- Er veiligheid (beroepsgeheim) en geborgenheid heerst.

Om een dergelijke sfeer te bereiken zijn er naast een goede **kennismaking** ook groepsopbouwende elementen nodig. Laten we dit '**losmakertjes'** noemen. Deze breken het ijs zodat de deelnemers zich gemakkelijker gaan voelen en meer stappen zetten naar elkaar. Zelfs als de kinderen elkaar reeds kennen blijft losmaking zinvol. In een losse atmosfeer is men immers minder geremd en dat is zeker nodig als je over emoties en problemen gaat praten.

3. Video met bespreking
Doel
Aan de hand van de een '*geanimeerde film*' de kinderen duidelijk maken wat alcohol is en welke invloed dit heeft op je lichaam en op je gezondheid (feit 1 in werkboekje).

4. Collages maken
Doel
- Informatie en educatie geven over de verschillende thema's die in de groepsgesprekken aan bod komen.
- Gevoelens en gedachten uiten en uitwisselen (schuldgevoelens, schaamte, verwarring, verdriet, ambivalente gevoelens).
- Problemen visueel en daardoor bespreekbaar maken.
- Inventariseren wat er in de groep leeft aan inzichten, ideeën, ervaringen, in verband met verschillende onderwerpen.

5. De denkpetten of het pettenspel
Cognitieve vaardigheidstraining als basis voor probleemoplossing en coping.
Via de denkpetten krijgen de deelnemers inzicht in hun eigen manier van denken over bepaalde onderwerpen of problemen, en krijgen ze de kans andere denkstijlen of perspectieven te leren kennen en uit te proberen.

Men werkt met hoeden omwille van:
- de associatie: hoeden - hoofd - denken;
- hoofddeksels kunnen ook een rol definiëren;
- kunnen gemakkelijk op- en afgezet worden.

Men werkt via rollenspel: de functie hiervan is het 'ik' los te maken van het denken.

6. G + G = G + G – model
Doel
- De kinderen leren hun aandacht te richten op hun cognities en op de effecten ervan op emotioneel en op gedragmatig gebied. M.a.w. het leren herkennen van onware, overdreven, irrationele gedachten en hun hinderlijke gevolgen.
- Leren zien dat het niet de gebeurtenis of de externe situatie op zich die belangrijk is, maar wel wat het kind erover denkt.
- Kinderen verband leren zien tussen de vier G's: hoe je denkt over een gebeurtenis, bepaalt wat je voelt en wat je doet.
- Verschillende gevoelens leren benoemen.
- Leren niet-helpende cognities te veranderen in helpende, juiste of rationele gedachten. Kinderen leren zo dat stemmingen (angst, verdriet, woede, schuld) niet uit de lucht komen vallen zonder dat je daar enige controle over hebt, maar dat je de manier waarop je je voelt kunt veranderen door wat je denkt.

7. Druglinkspel

Doel

De algemene doelstelling van het druglinkspel is het thema drugs bespreekbaar maken. Afhankelijk van de wijze waarop het spel wordt gespeeld, ligt de nadruk meer op het testen en bijbrengen van kennis, op het verkennen van waarden en normen, of op het ontkrachten van vooroordelen ten aanzien van druggebruikers.

Dit spel biedt een ingangspoort voor het bespreken van het eigen gebruik en hoe de jongeren zelf met alcohol en andere middelen omgaan.

8. Ganzenbord

Doel

De verschillende onderdelen van het programma worden via het ganzenbord geïntegreerd.

1. Psycho-educatie en informatie over alcohol
2. Cognitieve vaardigheidstraining
3. Vaardigheden in het omgaan met stress en moeilijke gevoelens

9. Evaluatie en afscheid

Doel

- De kinderen en de ouders de kans geven tot inspraak.
- Zorgen dat de volgende bijeenkomsten er nog beter uitzien.
- Op een prettige manier de groep afsluiten.
- Info verzamelen over wat de kinderen aanspreekt en wat niet.

3.2.2. Module voor de ouders

Onderdelen van de module voor de ouders

1. Het motiveren van de ouders

Het motiveren van de ouders om hun kinderen te laten deelnemen aan de kindersessies is een belangrijk aandachtspunt. Een eerste stap hiervoor is reeds gezet bij het sensibiliseren van de ouders door de hulpverleners.

De ouders maken zelf ook een moeilijke fase door, als individuen maar ook als partners. De relatie staat onder zware druk of de scheiding is reeds een feit. De aandacht van de ouders voor de kinderen verschilt erg van gezin tot gezin. Vaak zijn ze nog niet voldoende gevorderd in hun herstelproces om een klare kijk te hebben op de effecten van de gezinsproblemen op de kinderen. Ook kunnen schuldgevoelens dit proces bemoeilijken.

Bij partnerrelatieproblemen kan de niet-drinkende partner de kinderen willen 'beschermen' door hen ver weg te houden van de verslaafde of opgenomen ouder. Men wil weer even tot rust komen en niet over problemen spreken, ook niet met de kinderen.

Bij tieners bijvoorbeeld kunnen het ook de kinderen zelf zijn die niets te maken willen hebben met de drinkende ouder of de kliniek. Ze zijn boos, teleurgesteld of opgelucht dat er even een adempauze komt.

We vinden het belangrijk om met de ouders te bespreken dat ons programma in de eerste plaats bedoeld is voor de kinderen zelf. Ze moeten niet komen voor de ouders maar voor zichzelf. Het is ook niet de bedoeling om therapie te geven aan de kinderen maar wel informatie en ondersteuning.

2. Het informeren van de ouders

De ouders zo volledig mogelijk informeren over de inhoud en het verloop van het programma helpt hen om vertrouwen te hebben. De boekjes voor de juniors en de tieners worden

uitgedeeld en samen met de ouders overlopen. Er moet veel ruimte zijn voor vragen en opmerkingen hierover.

De loyaliteitsgevoelens van de kinderen tegenover hun ouders moeten ook aan bod komen. Aan de ouders moet uitgelegd worden wat we bedoelen met loyaliteit en dat het respecteren hiervan voor de begeleiders een grote prioriteit heeft.
Het is ook wenselijk dat met de ouders besproken wordt dat kinderen op verschillende manieren proberen om hun ouders te helpen. Soms worden kinderen hierin verkeerd begrepen of wordt dit door de ouders niet gezien. Ouders helpen om hier aandacht voor te hebben, kinderen erkenning te geven voor hun hulp en hierover in gesprek proberen te gaan zijn tevens belangrijke thema's.

3. Het ondersteunen van de ouders in hun rol als ouders/opvoeders

Hiermee bedoelen we eventuele vragen die ouders hebben over het verbeteren van hun interactie met hun kinderen, de opvoeding in het algemeen of vragen in het omgaan met eventuele problemen.
Het feit van met verschillende ouders in een groep samen te zijn is van groot belang. Ouders kunnen zo veel van elkaar opsteken. Onze ervaring is dat vele ouderparen weinig met elkaar spreken over de kinderen vanwege de voortdurende spanningen door de alcoholproblemen. Maar ze spreken ook - om verschillende redenen - weinig met andere ouders of familie over de opvoeding van de kinderen.
Het is de taak van de begeleiders om groepsgesprekken te stimuleren.

De volgende vaardigheden kunnen aan bod komen:
hoe kinderen positief bekrachtigen (belonen en straffen), opbouwende kritiek geven, goed onderhandelen (vooral met pubers), discipline en toezicht houden, enz.

We wijzen de ouders ook op recente in het Nederlands verschenen boeken die op een duidelijke en positieve manier handvaten bij het opvoedingsproces aanreiken:

Adriaenssens, P. (1995). Opvoeden is een groeiproces. Wegwijzer voor vaders en moeders. Tielt, Lannoo.
Adriaenssens, P. (2000). Van hieraf mag je gaan. Over het opvoeden van tieners. Tielt, Lannoo.
Van Londen, A. e.a. (1998). Vaardigheden voor ouders. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.
Peeters, J. (1995). Moeilijke adolescenten. Leuven/Apeldoorn, Garant.
Compernolle, T. e.a. (1997). Alles went, ook een adolescent. Tielt, Lannoo.

4. Beschrijving van het verloop van het programma

In de module voor de ouders stellen we drie sessies voor van anderhalf à twee uur, naargelang de grootte van de groep. Het hele programma start met de eerste oudersessie, omdat we een optimale samenwerking met de ouders willen. We kunnen de ouders dan informeren over de doelen, de inhoud en de werking in de kindergroepen. Ouders hebben dan ook de mogelijkheid om hun vragen, eventueel zorgen te bespreken. Ze kunnen op die manier ook veel van elkaar leren.
Na oudersessie één volgen er drie junior/tienersessies.

In oudersessie twee kunnen de ouders hun ervaringen uitwisselen over de reacties van hun kinderen op de sessies en hun eigen reacties hierop. De begeleiders kunnen hierin participeren, maar met respect voor de privacy van kinderen en ouders.

We stellen voor om in deze oudersessie ook het thema van oudervaardigheden aan bod te brengen. Meestal wordt het thema reeds rechtsreeks of onrechtstreeks aangebracht door de ouders. De begeleiders kunnen dan ingaan op vragen die ouders hierover hebben en een groepsgesprek hierover stimuleren.

Na de junior/tienersessie vijf volgt oudersessie drie, die met of zonder kinderen kan gehouden worden. Wij geven er zelf de voorkeur aan om dit samen te organiseren. Het centrale thema is het verloop en de inhoud van het gehele programma.

Concrete uitwerking van de oudergroep

Voor de ouders voorzien we in totaal drie sessies van anderhalf à twee uur.

Sessie 1

Deze sessie moet steeds voor de start van de kindergroep plaatsvinden, zodat de ouders de begeleiders leren kennen en op de hoogte zijn van de inhoud van het programma. Belangrijk is vooral de ouders gerust te stellen en te sensibiliseren.

- De groepsbegeleiders heten de ouders welkom en stellen zich voor. Ook de ouders stellen zichzelf en hun gezin kort voor.
- De ouders krijgen uitgebreid uitleg over het doel en de inhoud van het programma. De module voor de kinderen wordt overlopen.
- **Pauze**
- De ouders worden uitgenodigd hun vragen en opmerkingen te formuleren. De begeleiders noteren deze vragen en beantwoorden indien mogelijk onmiddellijk, anders in de volgende sessie.
- Afsluiting en uitnodiging voor de volgende bijeenkomst.

Sessie 2

Deze sessie gaat door na de derde kindersessie. Het belangrijkste doel van deze sessie is het ondersteunen van de ouders in hun opvoedkundige rol via het aanbrengen van belangrijke vaardigheden.

- Het doel en de inhoud van de tweede sessie wordt uitgelegd.
- Even bijpraten: de begeleiders vragen naar de reacties van de ouders op de kindergroep zoals die tot dan toe gelopen is.
- De belangrijke pedagogische vaardigheden toelichten.
- **Pauze**
- Discussie met de ouders omtrent deze vaardigheden.
- Afsluiting

Sessie 3

Na afloop van de laatste kindersessie.

- Het doel en de inhoud van de sessie wordt toegelicht.
- Even bijpraten
- Open discussie met evaluatie van de kinder- en oudersessies. De begeleiders moedigen de ouders aan om ideeën aan te brengen en voorstellen te doen. Men kan hierbij ook gebruik maken van een vragenlijst.
- **Pauze**
- Ouders en kinderen komen samen
    - om ervaringen uit te wisselen;
    - met ruimte voor de kinderen om bepaalde onderwerpen naar de ouders aan te snijden;

- groepsbegeleiders kunnen zelf ook onderwerpen aanbrengen, vooral wat hen als positief is opgevallen in de voorbije sessies.

Volgorde van de sessie

VOLGORDE SESSIES
Oudersessie 1
Kindersessie 1
Kindersessie 2
Kindersessie 3
Oudersessie 2
Kindersessie 4
Kindersessie 5
Oudersessie 3

3.2.3. Draaiboek voor hulpverleners

Het is de bedoeling dat andere hulpverleners het door ons uitgewerkte programma in hun setting kunnen gebruiken in het werken met ouders en kinderen die leven in een gezin waar een van de ouders een alcoholprobleem heeft. We hebben getracht om de achtergronden, alle onderdelen van het programma en de methodieken zo helder en praktisch mogelijk uit te werken.

3.3. Uitvoering van ons programma

3.3.1. Het opzetten van de groepen

Het was de bedoeling om de try-out van de groepen zowel in een residentiële setting als in een ambulante setting te organiseren.

Residentiële setting:
Het opzetten van de kindergroepen heeft veel voorbereidend werk van de teamleden gevraagd: de opgenomen patiënten en hun partner aanspreken over hun kinderen, uitleg geven over het kinderprogramma, de folders verspreiden, de bundel vragenlijsten laten invullen enz.
De meerderheid van de opgenomen patiënten kwam niet in aanmerking voor het project: ofwel hadden ze geen kinderen ofwel kinderen die boven de 18 jaar waren. Van de patiënten waarvan de kinderen wel in aanmerking kwamen, waren er een aantal die niet konden deelnemen om verschillende redenen. De ouders waren gescheiden en de opgenomen

ouder had geen contact meer met de kinderen, de kinderen waren Franstalig of ze hadden activiteiten (sportclub, muziekschool,…) op het moment dat de groepen doorgingen.
Het motiveren van de ouders, en vooral de partner van de opgenomen patiënt, bleek een heel belangrijk aandachtspunt.

Ambulante setting:
Samen met Katrien Marchal van het Universitair Gezondheidscentrum van Leuven hebben we alle nodige voorbereidingen getroffen voor de opzet van een ambulante groep. We zijn aan het team van bovengenoemd centrum uitleg gaan geven over het project en we hebben hun akkoord gekregen om een ambulante groep te starten en hun locatie hiervoor te gebruiken. We hebben een uitgebreide mailing gedaan naar eerste en tweede lijnsvoorzieningen. Maar we hebben niet de respons gekregen die we verwachtten. We hadden slechts twee inschrijvingen, waarop we besloten om die groep niet te laten doorgaan.

Omwille van de diagnostische evaluatie hebben we geopteerd voor gesloten groepen in reeksen van vijf sessies. Voor het tijdstip hebben we gekozen voor de zaterdagvoormiddag om de twee weken, gelijktijdig met de nazorgactiviteiten van onze afdeling voor alcoholafhankelijkheidsstoornissen. Ook voor opgenomen ouders is dat een geschikt tijdstip omdat ze dan meestal afgehaald worden voor het weekend.
Regelmatig kregen we aanvragen voor deelname van kinderen van buitenaf (via tele-onthaal, ambulante settings,…).

3.3.2. Beschrijving van het verloop van de vier reeksen

In totaal hebben 52 kinderen effectief deelgenomen aan het project, waarvan 21 juniors en 31 tieners.

	juniors	tieners	totaal
Reeks 1	6	9	15
Reeks 2	4	6	10
Reeks 3	7	10	17
Reeks 4	4	6	10
Totaal	**21**	**31**	**52**

We hebben steeds gelijktijdig een juniorgroep en een tienergroep begeleid.
Claire Coolen-Perednia deed de juniorgroepen en Gilles Geeraerts de tienergroepen.
De eerste reeks liep van september tot november 2000, de tweede reeks van december 2000 tot februari 2001, de derde reeks van maart tot mei 2001 en de vierde reeks van juni tot augustus 2001.

We beschrijven achtereenvolgens de algemene bevindingen uit de vier reeksen van de juniors en daarna van de tieners.

Algemene bevindingen uit de juniorreeksen:
De afname van de vragenlijsten nam veel tijd in beslag, het was een hele karwei voor de kinderen, zowel in het begin als op het einde van de reeks.

De kinderen voelden zich snel thuis in de groepen. Om de groepsvorming te bevorderen hebben we veel aandacht besteed aan de kennismaking. We kozen voor een speelse aanpak die de kinderen duidelijk aansprak: ze stelden zich voor aan de hand van naamkaartjes en dan oefenden we de namen in met een balspel. Het groepseffect was in alle groepen heel belangrijk: de kinderen hadden leuke contacten met elkaar en de pauzes bleken spontane spelmomenten te zijn. Ook het samen opstellen van de groepsregels bleek een belangrijk moment voor de groepsvorming.
Bij het begin en het einde van iedere sessie hebben steeds een 'ritueel' ingelast. Aan het begin van elke sessie hielden we een 'rondje bijpraten' en aan het einde van elke sessie eindigden we met een spel.
Voor kinderen jonger dan 8 jaar zijn de sessies niet zo geschikt: hun leesvaardigheid moet voldoende ontwikkeld zijn om de sessies goed te kunnen volgen. Voor 11- en 12-jarigen leken de opdrachten in de werkboekjes dan weer te eenvoudig, vooral de tekenopdrachten.
In de tweede en de vierde reeks hadden we slechts vier juniors, wat we echt een minimum vonden. Indien er dan een of twee kinderen eens niet naar een sessie kunnen komen, rest er van de groep niet veel over. Het is tevens wenselijk een evenwicht tussen het aantal jongens en meisjes te hebben. Informatie bleek inderdaad een heel belangrijk aspect te zijn van de sessies. De kinderen stelden spontaan veel vragen over onze afdeling en wat papa of mama hier precies komen doen. We besloten dan ook een rondleiding op de afdeling te organiseren. We gebruikten ook een video om de werking van alcohol in het lichaam meer visueel te maken (zie 'Draaiboek voor hulpverleners'). In de latere versie van het werkboekje hebben we een schematische voorstelling van de werking van alcohol in het lichaam ingelast.
In de eerste reeks was het toevallig de moeder die opgenomen was bij alle kinderen. Dit bracht veel herkenning mee in de gesprekken die de kinderen onderling voerden. In alle reeksen was het opvallend hoe openhartig de kinderen met elkaar konden spreken over wat er thuis gebeurt als papa of mama gedronken heeft. Ze voelden zich bang, verdrietig en vaak alleen; ze voelden zich niet goed en maakten zich zorgen over wat er zou kunnen gebeuren.Verder kwamen boosheid, schaamte en schuldgevoelens aan bod. De kinderen zeiden dat ze het moeilijk vonden om leuke dingen te blijven doen thuis: samen eten ging vaak niet meer, want de drinkende ouder at niet wanneer hij/zij gedronken had; verjaardagen werden vaak niet meer gevierd.
De werkboekjes vonden de kinderen leuk, ze werkten er graag in. De 'huiswerkjes' werden meestal goed gemaakt.

Algemene bevindingen uit de tienerreeksen:
De tieners uit alle reeksen vonden de bijeenkomsten vooral positief omdat ze eindelijk met andere leeftijdsgenoten konden praten over hun gevoelens en hun gedachten. Op school, thuis en in hun vrije tijd was daar te weinig ruimte voor, vonden ze. Aan de hand van collages rond bepaalde thema's (alcohol en drugs - gezin - vrienden - stress - alcoholisme) werden gedachten en gevoelens besproken. Er werd veel gepraat over de situatie thuis en hoe ze de problemen aanvoelen. De groepsleden reageren empathisch en stimulerend naar elkaar. Ze herkennen veel in elkaars verhalen. Het informatieve deel was duidelijk van minder belang dan het met elkaar kunnen praten. Het was opvallend hoeveel sommigen reeds weten over alcohol en alcoholisme. De denkpetten, de vier G's en het ganzenbordspel zijn methodieken die tieners duidelijk aanspreken en de groepssfeer bevorderen.
Door de spontane gesprekken die er soms op gang kwamen, zijn we vaker niet toegekomen aan het programma van het werkboek. Het was duidelijk dat de tieners veel nood hadden om te kunnen praten. Het is dan ook belangrijk om als groepsbegeleider voldoende flexibiliteit te kunnen hanteren en niet te strak vast te houden aan het programma, maar om de tieners voldoende ruimte te kunnen geven om zich uit te drukken.
In sommige groepen was een groot leeftijdsverschil tussen de groepsleden. In de derde reeks was de oudste deelnemer 20 jaar en de jongste 12 jaar. Dit maakte dat er weinig dynamiek in de groep aanwezig was. We hebben de groep dan verdeeld over de twee

begeleiders, enerzijds omwille van het aantal tieners (10) maar vooral omwille van de leeftijd van de deelnemers. Dit is de groepswerking ten goede gekomen.
Soms kwamen er in de sessies toevalligheden voor die een goed aanknopingspunt leken te zijn voor een groepsgesprek. Zo had een meisje een zak snoep bij omdat ze verjaarde. De zak snoep ging van hand tot hand en was na een tijdje leeg. Er werd een vergelijking gemaakt tussen snoepen en problematisch drinken. Tijdens de evaluaties kwam meermaals naar voor dat reeksen van vijf sessies te kort zijn. De tieners hebben duidelijk behoefte aan meer bijeenkomsten. Bijna in elke reeks kwam er protest over het invullen van de vragenlijsten.

Algemene bevindingen van de ouderbijeenkomsten:
De opkomst van de ouders naar de ouderbijeenkomsten waren wisselend. Bij de eerste reeks waren er niet zoveel mensen aanwezig. Men meldt ons dat vooral de partners van de opgenomen patiënten moeilijker te overtuigen waren om naar de bijeenkomsten te komen. Dit betekent dus voor ons dat we meer tijd en energie moeten investeren in het motiveren van de niet-drinkende ouder.
De aanwezigen waren positief over de kinderwerking en de discussies binnen de groepen waren constructief. De ouders stelden op prijs om de inhoud van het kinderprogramma te kennen, maar ook de begeleiders van de kindergroepen.

3.3.3. Evaluatie door de deelnemers

Hoewel we weten dat 'satisfactie' onderzoek geen valide effectonderzoek is, vonden we het toch belangrijk om na te gaan wat de deelnemers (ouders en kinderen) vonden van ons programma. We stelden hiervoor evaluatieformulieren op voor de juniors, de tieners en de ouders. Van de ouders kregen we slechts vier evaluatieformulieren terug.

Evaluatie door de juniors
De kinderen vonden het werkboekje leuk en tof. Ze vonden het informatief gedeelte goed begrijpbaar en zeiden dat ze veel bijgeleerd hebben over alcohol en over de ziekte van hun ouders. De bijeenkomsten vonden ze leuk, tof en goed. De spelletjes, de groep en het filmpje vonden ze tof. De vragenlijsten vonden ze minder tof. De kinderen gaven aan dat het fijn was dat ze met elkaar konden praten. Het contact met de andere kinderen was heel belangrijk voor hen. Meerdere kinderen zeiden dat ze vriendinnen hadden gemaakt en wisselden adressen en telefoonnummers uit. Unaniem vonden ze het aantal sessies per reeks veel te weinig.
Als tips voor verbetering suggereerden de kinderen meer spelletjes, meer met de denkpetten doen, minder vragenlijsten en vragenlijsten met minder vragen en meer sessies: ze willen absoluut vaker komen! De oudere juniors vinden dat het werkboekje voor hen soms te gemakkelijk is en ze willen minder tekenopdrachten.

Evaluatie door de tieners
De tieners vonden dat het werkboekje goed samengesteld was. De informatie stelden ze wel op prijs, er zaten leerrijke punten tussen. Sommige tieners vonden het jammer dat er niet meer in het werkboekje gewerkt werd omdat ze de oefeningen leuk en interessant vonden. Anderen vonden bepaalde delen dan weer niet goed (het hoedenspel), de teksten te lang. De voorpagina viel in de smaak.
De sessies per reeks vonden de tieners duidelijk te weinig. Wat ze op prijs stelden is het feit dat ze in de groep veel aan elkaar konden vertellen en konden praten over wat hen bezig hield. Ze leerden veel van elkaar. De groepen vonden ze leuk en ze leerden toffe mensen kennen, die in dezelfde situatie zaten. De begeleiding vonden ze leuk. Het ganzenbord, het hoedenspel en het maken van de collages werden geapprecieerd. Ze merkten tevens op dat ze het fijn vonden dat de gesprekken niet alleen maar over verslaving gingen.

Ze vonden dat ze teveel vragenlijsten moesten invullen, ze hadden ze liever gespreid gezien over verschillende bijeenkomsten. Bovendien vonden ze de vragenlijsten niet genoeg genuanceerd (bijvoorbeeld de gezinsklimaatschaal) en moeilijk in te vullen.

Evaluatie door de ouders

De meeste ouders waren heel tevreden dat er eindelijk iets kwam voor de kinderen.
In de oudersessies verwachtten sommigen een actievere deelname van de andere ouders. Ze vonden ook dat er te weinig opkomst was van andere ouders, terwijl er in de groepen soms gezegd wordt dat er voor de kinderen meer gedaan zou moeten worden.
Bepaalde ouders vonden dat er te weinig feedback kwam vanuit de begeleiding over de beleving van de kinderen. Ze zouden willen dat men de positieve of eventueel de negatieve ervaringen van de kinderen over de thuissituatie zou meedelen.
De meeste ouders vonden dat er goede informatie was gegeven over de kinderwerking, vooral voor de partners bleek dit heel belangrijk te zijn.
De kindersessies werden algemeen als positief ervaren en vooral de contacten tussen de kinderen onderling. De kinderen konden zich op verschillende manieren uitdrukken (zelfs met geïmproviseerd toneel). Ook dat de kinderen konden ervaren dat ze niet alleen staan met hun ervaringen. De kinderen kwamen graag, maar vertelden er thuis weinig over.
In verband met de werkboekjes vonden de ouders dat de inhoud op een ludieke en luchtige manier werd gebracht.
Het informatieve deel vonden de ouders zeer interessant en ze merken op dat ze er zelf nog wat uit kunnen leren! Enkele ouders merkten op dat ze de werkboekjes voor 11-jarigen minder geschikt vonden.

3.4. Vragenlijsten: een diagnostische evaluatie

3.4.1. Methode

Onderzoeksgroep

Voor de vergelijking van het functioneren voor en na het groepsprogramma beschikken we over zelfrapporteringsgegevens van 26 kinderen en adolescenten (9 jongens, 17 meisjes) met een gemiddelde leeftijd van 13.88 jaar (SD 4.14, bereik 8.00-23.42 jaar). Bij 19 van hen is het de vader die omwille van alcoholproblemen in het ziekenhuis opgenomen is, bij de overige 6 de moeder.

Instrumenten

- De *Zelfbeoordelingsvragenlijst voor Kinderen*, versie Nu (ZBV-K) is een vragenlijst bestaande uit 20 items, die peilen naar angst op het moment van de afname (toestandsangst). De items zijn te beoordelen op een driepuntenschaal en de scores worden opgeteld tot een totaalscore met een bereik van 20 tot 60.
- De *Korte Depressievragenlijst voor Kinderen* (KDVK) is een screeninginstrument bestaande uit 9 items, dat toelaat kinderen op te sporen bij wie mogelijk sprake is van een klinisch depressief toestandsbeeld. De items zijn te beantwoorden met Ja of Nee en er wordt een totaalscore berekend door alle 'ja'-antwoorden op te tellen. Scores vanaf 4 worden als indicatief beschouwd, scores vanaf 7 als significant.
- De *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST) (zie bijlage 2) is een vragenlijst bestaande uit 30 items, die bij kinderen peilen naar de percepties van, ervaringen met en reacties op het drinkgedrag van de ouder. De totaalscore varieert van 0 tot 30 en bij gebruik als screeningsinstrument in een niet-klinische populatie wordt doorgaans een cutoff-score van 6 gehanteerd als identificatiemiddel voor KOAP-status.
- De *Gezinsklimaatschaal* (GKS-II) meet het sociale klimaat binnen het gezin. Er zijn 77 items, te beantwoorden met ja/nee, die zich verdelen over zeven subschalen: Cohesie, Expressiviteit, Conflict, Organisatie, Controle, Normen en Maatschappelijke Oriëntatie.
- De *Competentiebelevingsschaal voor Kinderen* (CBSK) meet het zelfwaardegevoel van lagereschoolkinderen op zes domeinen (Schoolse Vaardigheden, Sociale Acceptatie,

Sportieve Vaardigheden, Fysieke Verschijning, Gedragshouding en Globaal Zelfwaardegevoel). Het instrument bestaat uit 36 items, te beantwoorden op een vierpuntenschaal. Om zelfwaardegevoel bij adolescenten en jongvolwassenen te meten is een analoog instrument ontwikkeld, de Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA), met 40 items, te beantwoorden op een vierpuntenschaal. Naast de zes domeinen die in de CBSK aan bod komen, peilt de CBSA ook naar zelfwaardegevoel op het vlak van Romantiek en Vriendschappen.

3.4.2. Resultaten

De vergelijking tussen de scores van de kinderen voor het groepsprogramma en erna gebeurde aan de hand van t-toetsen. In de Tabel 1 worden de resultaten weergegeven voor de variabelen Angst, Depressie en Gezinsklimaat, in Tabellen 2 en 3 voor Zelfwaardegevoel bij respectievelijk lagereschoolkinderen en adolescenten. Telkens worden zowel de gemiddelde scores voor en na weergegeven, als het resultaat van de t-toetsen.

Uit Tabel 1 blijkt dat er significante verschillen zijn tussen voor- en nameting op twee schalen, met name de ZBV-K en de CAST. Wat de ZBV-K betreft, stellen we vast dat kinderen en jongeren een significant lagere score op toestandsangst behalen na het groepsprogramma dan ervoor. Wat de CAST betreft, stellen we het omgekeerde patroon vast: kinderen en jongeren behalen na het groepsprogramma een hogere CAST-score dan ervoor.

Tabel 1. Scores van de totale groep op voor- en nametingen van angst, depressie en gezinsklimaat.

Schaal	M (SD) voor	M (SD) na	t
ZBV-K NU	33.58 (5.33)	30.73 (4.09)	2.91**
KDVK	2.62 (2.21)	2.00 (2.14)	1.43
CAST	13.13 (7.86)	14.88 (8.71)	-2.41*
GKS COHESIE	7.62 (2.55)	7.69 (2.80)	-0.23
GKS EXPRESSIVITEIT	6.88 (2.23)	6.96 (2.42)	-0.24
GKS CONFLICT	4.50 (2.34)	4.46 (2.40)	0.11
GKS ORGANISATIE	8.08 (2.38)	7.93 (2.26)	0.40
GKS CONTROLE	6.35 (2.28)	6.50 (2.25)	-0.43
GKS NORMEN	7.50 (1.63)	7.96 (1.56)	-1.62
GKS MAATSCH.OR.	5.81 (1.92)	6.19 (2.19)	-1.19

*p<.05
**p<.01
Noot. Deze vergelijkingen gebeurden allen op een groep van 26 kinderen/adolescenten, behalve de vergelijking mbt de CAST, die slechts op een groep van 8 kinderen gebeurde.

Uit Tabel 2 blijkt dat de scores van de lagereschoolkinderen op de voor- en nametingen van de CBSK-subschalen niet significant van elkaar verschillen.

Tabel 2. Scores van de subgroep lagereschoolkinderen op voor- en nametingen van zelfwaardegevoel.

Schaal	M (SD) voor	M (SD) na	t
CBSK SCHOOLS	18.71 (4.68)	18.86 (3.24)	-0.19
CBSK SOCIAAL	18.43 (2.70)	19.43 (1.62)	-1.15
CBSK SPORTIEF	19.57 (2.82)	20.14 (3.02)	-0.56
CBSK FYSIEK	21.14 (3.08)	21.57 (3.36)	-0.75
CBSK GEDRAGSHOUDING	16.29 (4.23)	17.86 (2.79)	-1.87
CBSK GLOBAAL	20.43 (2.30)	21.28 (2.43)	-0.75

Noot. Deze vergelijkingen gebeurden op een groep van 7 kinderen.

Uit Tabel 3 blijkt dat adolescenten significant hoger scoren op de subschaal Gedragshouding van de CBSA na het groepsprogramma dan ervoor.

Tabel 3. Scores van de subgroep adolescenten op voor- en nametingen van zelfwaardegevoel.

Schaal	M (SD) voor	M (SD) na	t
CBSA SCHOOLS	14.40 (2.97)	14.47 (2.50)	-0.17
CBSA SOCIAAL	14.60 (2.61)	14.33 (3.52)	0.42
CBSA SPORTIEF	12.00 (3.76)	12.47 (3.94)	-0.85
CBSA FYSIEK	13.93 (3.33)	14.33 (3.64)	-0.42
CBSA GEDRAGSHOUDING	13.60 (2.23)	14.67 (2.55)	-2.21*
CBSA ROMANTIEK	13.00 (2.85)	13.07 (3.31)	-0.96
CBSA VRIENDSCHAP	15.93 (2.55)	17.13 (2.61)	-1.75
CBSA GLOBAAL	14.47 (2.00)	15.00 (2.83)	-0.90

* $p < .05$

Noot. Deze vergelijkingen gebeurden op een groep van 15 adolescenten.

3.4.3. Bespreking

Om zicht te krijgen op eventuele verschillen in het functioneren van kinderen en jongeren voor en na het groepsprogramma, namen we op beide momenten dezelfde bundel vragenlijsten af.

Een eerste bevinding is dat de score voor toestandsangst van kinderen en jongeren significant afgenomen is na het groepsprogramma in vergelijking met ervoor. Dit wijst op een afname van angst- en stressgevoelens na het programma. Aangezien het evenwel gaat om een meting van toestandsangst, gaat het hier over zeer momentane gevoelens, die zich niet noodzakelijk generaliseren. De afgenomen score voor toestandsangst kan immers gewoon een uiting zijn van het feit dat kinderen en jongeren zich na vijf sessies beter op hun gemak voelen in de groep en betekent niet noodzakelijk dat er zeer fundamentele emotionele veranderingen plaatsgevonden hebben.

Een tweede bevinding is dat de CAST-score na het groepsprogramma gestegen is in vergelijking met ervoor. Dit wijst erop dat kinderen na afloop van het programma duidelijker aangeven dat er in hun gezin alcoholproblemen zijn, wat erop kan wijzen dat ze zich meer van het probleem bewust geworden zijn, dat ze het beter onder ogen durven te zien of dat ze er minder voor terugschrikken om het inderdaad openlijk te erkennen.

Op het vlak van zelfwaardegevoel zien we vrijwel geen significante verschillen tussen voor- en nameting. Alleen de evaluatie van de eigen gedragshouding is bij adolescenten iets hoger na het programma dan ervoor. Daarnaast is er een trend tot significantie in het competentiegevoel op het vlak van vriendschapsrelaties: na het programma neigen adolescenten ertoe een hoger competentiegevoel op dit domein aan te geven dan ervoor. Dit laatste kan in de lijn liggen van de hoger aangegeven verklaring voor de gedaalde toestandsangst: na het groepsprogramma voelt men zich beter in de groep, wat niet alleen tot een afname van gestresseerdheid en angst leidt maar er ook voor zorgt dat men zich bekwamer voelt (nieuwe) vriendschapsbanden aan te gaan.

Aan deze studie zijn duidelijke beperkingen, die ons ertoe nopen zeer voorzichtig te zijn met de conclusies. Ten eerste hebben we maar gegevens van een beperkt aantal kinderen. De dataverzameling is heel moeilijk verlopen en bij heel wat kinderen zijn de vragenbundels onvolledig ingevuld of niet teruggekomen. Vooral de CAST ontbreekt in vele dossiers. Ten tweede laat het gebruikte onderzoeksdesign niet toe op basis van de vergelijking van voor- en nameting te besluiten dat eventueel gevonden verschillen ook daadwerkelijk aan het programma toe te schrijven zijn. Dat laatste weten we immers niet met zekerheid, omdat we hiervoor geen adequate controleconditie in het onderzoeksdesign hebben kunnen inbouwen. Een dergelijke controleconditie zou impliceren dat we een aantal kinderen en adolescenten hebben bij wie we zowel een voor- als een nameting hebben met een zelfde tijdsinterval tussen, zonder dat deze kinderen en jongeren aan de groepen deelgenomen hebben. Als de gevonden verschillen in zulk design dan alleen in de experimentele conditie (groepen) optreden en niet in de controleconditie, kan wel geconcludeerd worden dat het om een effect van het programma gaat. Praktisch gezien is dit evenwel een moeilijk uit te bouwen onderzoeksdesign.

4. Besluit en aanbevelingen

Alcoholmisbruik tast vooral de kwaliteit van de gezinsrelaties aan en verstoort grondig het gezinsleven. Naar schatting groeit 1 op 10 kinderen op in een gezin met een ouder die alcoholproblemen heeft. Dit vormt een risico voor de ontwikkeling van de kinderen. In de hulpverlening heeft men – tot nu toe – in Vlaanderen en Nederland weinig systematische aandacht gehad voor deze kinderen. In de V.S. bestaan er een aantal grote organisaties die reeds jaren de problematiek van COA's (Children Of Alcoholics) in de aandacht brengen. Bij ons zijn er de Alateengroepen die binnen de Al-Anonbeweging groepen voor jongeren organiseren volgens de AA-principes. Naar analogie van de term 'KOPP' (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen), willen wij de term 'KOAP' introduceren (Kinderen van Ouders met Alcoholproblemen).

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat KOAP een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van alcoholafhankelijkheid en andere vormen van psychopathologie. Het is niet duidelijk of de ouderlijke alcoholproblemen op zich, eventueel aanwezige comorbide problematiek of de gevolgen hiervan een doorslaggevende rol spelen.
KOAP verschillen als groep van niet-KOAP op een aantal kenmerken. Deze kenmerken worden in de literatuur vaak aangeduid als markers van risico, terwijl ze ook het gevolg kunnen zijn van het opgroeien in een alcoholistisch gezin. Er zijn niet zoveel longitudinale studies die de status van deze kenmerken als valide predictoren voor afhankelijkheids- en andere problemen aantonen.
Ondanks een aantal gemeenschappelijke kenmerken, verschillen KOAP onderling veel van elkaar. KOAP vormen dus een heterogene groep kinderen die als globale groep meer risico hebben op het ontwikkelen van problemen. Maar bepaalde kinderen zijn kwetsbaar en anderen weerbaar. Voor de hulpverlening aan KOAP is het belangrijk om interventies te richten op de meest kwetsbare kinderen en hun gezinnen. Een kernpunt hierbij is de (betrouwbare) detectie van deze kinderen en hun gezinnen.
Een tweede belangrijk aandachtspunt voor de hulpverlening is het onderzoeken hoe men de weerbaarheid van alle KOAP (en hun gezinnen) kan ondersteunen en verhogen. Vanuit deze kennis kan men de balans tussen aanwezige risicofactoren en protectieve hulpbronnen gunstig beïnvloeden. We willen met dit project een aanzet geven voor hulpverlening aan KOAP in Vlaanderen door het ontwerpen van een interventieprogramma dat de deelnemers helpt om alcoholafhankelijkheid en de gevolgen voor het hele gezin beter te begrijpen en ermee te leren omgaan.

Onze literatuurstudie geeft een overzicht van de publicaties die de laatste 10 jaar in verband met KOAP verschenen zijn. We hebben ons beperkt tot publicaties over kinderen en jongeren.
Het wetenschappelijk onderzoek over de risico- en protectieve factoren bij KOAP, hoe deze factoren elkaar onderling beïnvloeden, is het laatste decennium geëvolueerd. Maar het onderzoek is nog niet in die mate gevorderd dat er empirisch getoetste modellen voorhanden zijn die valide predictoren identificeren van een problematische ontwikkeling bij KOAP. Effectieve interventieprogramma's zouden zich moeten kunnen baseren op dergelijke predictoren.

In de ontwikkelingspsychologie omschrijft men de invloeden op de ontwikkeling van kinderen in termen van risico- en protectieve factoren, die elkaar onderling beïnvloeden. Het zijn twee zijden van dezelfde medaille. Een factor die bij aanwezigheid de ontwikkeling bedreigt, kan bij afwezigheid juist beschermend zijn.
Bij beide soorten van factoren beschrijven we kind- en omgevingsfactoren.

De belangrijkste conclusies vanuit onze literatuurstudie zijn:
Ten eerste blijken KOAP tot viermaal meer risico te hebben om zelf ook alcoholproblemen te ontwikkelen dan niet-KOAP. De genetische overerving verschilt naargelang het type

alcoholisme van de ouder (30 % voor type 1- en 75 % voor type 2- alcoholisme). Wat betreft de fysiologische reacties op alcohol lijken KOAP een grotere endogene bekrachtiging te ervaren bij het drinken van alcohol. Ze zijn ook minder gevoelig voor de toxische en verstorende effecten van alcohol. Beide kenmerken lijken te wijzen op een significante kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van alcoholafhankelijkheid.

Ten tweede lijken KOAP in specifieke functies op het gebied van intellectueel functioneren lagere resultaten te behalen dan niet-KOAP. Recente studies tonen aan dat deze bevindingen vooral gelden voor kinderen van ‘antisociale’ alcoholisten (cf. type 2).
Het verband tussen persoonlijkheid en alcoholisme wordt reeds lang verondersteld. Er zijn de laatste 20 jaar veel studies gepubliceerd over de persoonlijkheidstrekken bij KOAP. Conclusies die men kan weerhouden zijn dat KOAP. Ten eerste de neiging vertonen om meer negatieve emoties te ervaren, zoals depressie (o.a. een negatief zelfwaardegevoel, zelfbeeld) en angsten; ten tweede meer impulsieve temperamentkenmerken hebben en meer gedragsproblemen; en ten derde meer interpersoonlijke problemen ervaren.

Ten derde zijn omgevingsfactoren zeer belangrijk. Alcoholspecifieke gezinsinvloeden verhogen het risico van alcoholisme bij de kinderen. Door het drinkgedrag van hun ouders te observeren en te imiteren leren kinderen veel over drankgebruik en –misbruik. Dit geldt meer naarmate ze zich meer identificeren met hun drinkende ouder en naarmate de andere ouder dat drinkgedrag goedkeurt. Alcoholverwachtingen zijn verwachtingen en overtuigingen in verband met de effecten van alcohol. De negatieve alcoholverwachtingen van KOAP blijken te veranderen wanneer ze zelf beginnen te drinken. Vermoedelijk spelen de bekrachtigende lichamelijke alcoholreacties hierin een belangrijke rol.
Alcohol-nonspecifieke gezinsinvloeden verhogen zowel het risico van alcoholisme als op andere vormen van psychopathologie. Een kernvariabele bij de ontwikkeling van kinderen zijn de ouder-kindinteracties, omdat vele andere variabelen hierlangs verlopen. Onderzoekers vinden meer verstoorde ouder-kindinteracties en meer problematische opvoedingsvaardigheden in gezinnen met een alcoholistische ouder. Hoewel deze gezinnen onderling veel van elkaar verschillen, hebben onderzoekers een aantal gemeenschappelijke kenmerken geïdentificeerd: een laag cohesieniveau, een hoog conflictniveau, minder probleemoplossende vaardigheden en negatievere communicatiepatronen tussen de gezinsleden. Echtelijke conflicten en echtscheidingen gaan vaak samen met alcoholisme. Er is ook meer risico op geweld en agressie in het gezin, ook naar de kinderen toe. Kortom, het gezin wordt grondig verstoord door alcoholproblemen en dat heeft een negatieve invloed op de kinderen, die vaak opgroeien met veel stressoren en minder kansen op steun binnen en buiten hun gezin.

Ten vierde zijn er ook factoren die kinderen kunnen beschermen en die hen weerbaarder maken, ondanks het feit dat ze opgroeien in ongunstige omstandigheden. Deze protectieve factoren situeren zich in het kind en in de omgeving. Meisjes lijken meer beschermd te zijn tegen problemen dan jongens. Adequate copingvaardigheden beschermen kinderen tegen een problematische ontwikkeling. Het goed functioneren van het gezin, de aanwezigheid van steunende en stabiele ouderfiguren beschermen de ontwikkeling van de kinderen.

Ten vijfde hebben we twee modellen gepresenteerd die een uitgebreid overzicht bieden van factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van alcohol (drug)problemen bij jongeren. Het model van Carr (1999) biedt een vrij gedetailleerd overzicht van beïnvloedende factoren bij het ontstaan van drugproblemen bij jongeren. Het model van Sher (1993) geeft duidelijk de complexiteit weer van de intergenerationele transmissie van alcoholproblemen. Hij identificeert een aantal kernvariabelen die belangrijk zijn voor interventieprogramma’s voor KOAP: 1. het verstrekken van informatie over individuele verschillen in de farmacologische effecten van alcohol (genetisch risico), en hoe hierdoor de alcoholverwachtingen worden beïnvloed; 2. de ondersteuning van de ouders in hun opvoedingsgedrag: hoe het socialisatieproces en alle samenhangende processen (functioneren op school, contacten

met leeftijdgenoten…) bij de kinderen positief gestimuleerd kunnen worden, hoe ouder-kindinteracties en het gezinsfunctioneren ondersteund kunnen worden; 3. aandacht voor de kwetsbaarheid voor negatieve affectieve stemmingen (neiging tot depressie en angst, negatief zelfwaardegevoel, pessimistische denkwijzen), hoog stressniveau en copingvaardigheden.

We merken hierbij op dat er speciale aandacht moet zijn voor KOAP waarvan de ouder kenmerken heeft van een type 2 –alcoholisme. Deze kinderen blijken kwetsbaarder te zijn, zowel genetisch, psychologisch als wat de omgevingsfactoren betreft. Naar onze mening groeien deze kinderen vaker op in multi-problemgezinnen.
Verder blijkt duidelijk het belang van een tijdige hulpverlening voor de alcoholproblemen (en de comorbide problemen) van de ouder(s). Het gedrag van ouders die in een actieve drinkfase zitten is ontwrichtend voor het gezin en negatief voor de kinderen. Gezinnen met ouders die herstellend zijn blijken niet zoveel te verschillen van gewone gezinnen.
Bovendien menen we dat het herstelproces van ouders bevorderd wordt wanneer ze zich beter voelen in hun partnerrol, maar ook in hun ouderrol. Dit wordt naar onze mening te vaak onderschat in de hulpverlening. Informeren en ondersteunen van de niet-drinkende ouder vinden we ook zeer belangrijk. Hij/zij is voor de kinderen vaak de enige steunfiguur in moeilijke tijden.

Er worden in de literatuur vooral Amerikaanse preventie- en interventieprogramma's beschreven. Pretieners en tieners zijn een belangrijke doelgroep omdat ze zelf op een meer actieve manier in aanraking komen met alcohol en andere drugs. Bovendien komt bij tieners de relatie met hun ouders meer onder druk te staan. Hun autonomieproces komt op gang en zorgt voor de nodige (interne of externe) spanningen.
De inhoud van de verschillende programma's vertoont veel gelijkenissen qua inhoud, opbouw en setting waarin ze aangeboden worden. Wat betreft de inhoud vinden we vier basiscomponenten: informatie/educatie, sociale steun geven en sociale vaardigheden aanleren, copingvaardigheden (omgaan met emotionele problemen) aanleren en ten slotte (gezonde) alternatieve activiteiten stimuleren. De opbouw van de programma's verloopt in de meeste gevallen stapsgewijs: eerst een klassikaal gedeelte, waarin het geven van informatie over alcohol en alcoholisme centraal staat en daarna vervolginterventies (alleen voor KOAP) waarbij verdere informatie en ondersteuning geboden worden. Alle aangeboden programma's zijn - op enkele uitzonderingen na – specifiek gericht naar de kinderen en worden in scholen aangeboden. Dit heeft als voordeel dat er veel kinderen bereikt worden, maar als nadeel dat de ouders niet bij de interventies betrokken worden.
Alle programma's worden in groep aangeboden. Een groepsaanpak biedt vele voordelen voor de kinderen: o.a. het (h)erkennen en delen van ervaringen, gevoelens en gedachten.

Bij de Broeders Alexianen te Tienen zijn we reeds een tiental jaren geleden gestart met onze eerste 'KIM–groep' (*KI*nderen uit gezinnen met *M*iddelenmisbruik). Het huidig interventieprogramma noemden we 'Gezinnen onder invloed – Invloedrijke gezinnen' om te benadrukken dat we het welzijn van alle gezinsleden willen ondersteunen. We ontwikkelden dit programma deels vanuit de literatuur, deels vanuit onze eigen ervaring in het werken met kinderen/jongeren en hun ouders.
We zijn ervan overtuigd dat het betrekken van ouders bij een aanbod voor kinderen van wezenlijk belang is. We hebben een module voor kinderen (8 tot 18 jaar) uitgewerkt, een module voor ouders en een draaiboek voor hulpverleners. De module voor de kinderen hebben we onderverdeeld in een groep voor 'Juniors' (8 tot 12 jaar) en een groep voor 'Tieners' (13 tot 18 jaar).Voor beide leeftijdsgroepen hebben we een werkboekje gemaakt als leidraad voor de groepen. De samenstelling van de groepen is een belangrijk aandachtspunt voor de groepsbegeleiding. Inhoudelijk bevat de module voor kinderen twee onderdelen: een psycho-educatief deel en een deel over copingvaardigheden. Het psycho-educatief gedeelte handelt over de objectieve feiten over alcoholafhankelijkheid (en over herstel), over de

effecten op het gezin, de gezinsleden en vooral op de kinderen en over wat de kinderen wel/niet kunnen doen in moeilijke situaties.
Het tweede deel is een vaardigheidstraining met verschillende onderdelen:
een cognitieve vaardigheidstraining als basis voor probleemoplossing, het leren omgaan met stress en met moeilijke gevoelens (stresshantering, coping), het bevorderen
van sociale vaardigheden en ten slotte het goed voor zichzelf leren zorgen. De methodieken zijn aangepast aan de leeftijd van de groepsleden. Voor een diagnostische evaluatie van het project hebben we gekozen voor reeksen van vijf sessies, maar deze kunnen zonder problemen uitgebreid worden.
De module voor de ouders bestaat uit drie sessie: een voor de aanvang van de kindergroepen, de tweede komt na de derde kindersessie en de laatste oudersessie kan samen met de kindersessie georganiseerd worden. De onderdelen van de module voor de ouders zijn het motiveren, het informeren en het ondersteunen van de ouders in hun rol als opvoeders.
Het draaiboek voor hulpverleners is een praktisch uitgewerkte handleiding voor de toepassing van ons programma in verschillende settings. We hebben getracht om de achtergronden, alle onderdelen van het programma en de methodieken zo helder en praktisch mogelijk uit te werken.

Het was de bedoeling om ons programma te organiseren in een residentiële en een ambulante setting. We hebben uiteindelijk alleen in de residentiële setting kunnen werken omdat de rekrutering in de ambulante setting onvoldoende was. In totaal hebben we vier reeksen van vijf sessies, waarbij we in totaal 52 deelnemers hadden (21 juniors en 31 tieners). Over het algemeen kunnen we stellen dat de reacties van de kinderen en hun
ouders zeer positief waren. Het groepseffect werd zeer positief beoordeeld. Zowel de juniors als de tieners vonden het aantal sessies per reeks veel te weinig. Groepsbegeleiders moeten de groepen met zorg samenstellen en het programma flexibel toepassen. Het motiveren van de niet-drinkende partner is een absolute voorwaarde om de kinderen/jongeren aan de groepen te laten deelnemen.
We voerden een diagnostische evaluatie uit voor en na de reeksen.
Een eerste bevinding is dat de toestandsangst van kinderen en jongeren significant afgenomen is na het groepsprogramma, maar aangezien het hier gaat over zeer momentane gevoelens mogen we niet noodzakelijk generaliseren. Een tweede bevinding is dat kinderen na afloop van het programma duidelijker aangeven dat er in hun gezin alcoholproblemen zijn, wat kan wijzen dat ze zich er meer van het probleem bewust geworden zijn, dat ze het beter onder ogen durven te zien of dat ze er minder voor terugschrikken om het inderdaad openlijk te erkennen.
Op het vlak van zelfwaardegevoel zien we vrijwel geen significante verschillen tussen voor- en nameting. Daarnaast is er een trend tot significantie in het competentiegevoel op het vlak van vriendschapsrelaties Aan deze studie zijn duidelijke beperkingen, die ons ertoe nopen zeer voorzichtig te zijn met de conclusies.

Aanbevelingen
Als aanbevelingen willen we eerst en vooral pleiten voor het systematisch aandacht besteden aan de kinderen bij de consultatie en hulpverlening aan volwassenen met alcoholproblemen. Reeds vanaf het eerste contact kan de hulpverlener informeren naar de kinderen en reeds het programma introduceren. Ten tweede moet er op de verschillende lijnen in de hulpverlening aan kinderen eveneens aandacht zijn voor KOAP. Huisartsen, CLB, kindertelefoon,… maar ook op school en zelfs in mediacampagnes. Ten derde stellen we de aanmaak voor van een website speciaal bedoeld voor KOAP, waar op een aantrekkelijke manier informatie wordt gegeven over alcohol, alcoholproblemen van ouders, coping, nuttige adressen, telefoonnummers, een lijst van kinder- en jeugdboeken rond alcohol en het gezin (zie bijlage 3). Ten vierde zou er ook specifieke aandacht voor jongeren boven de 18 jaar moeten komen. In het huidige programma komen ze niet aan bod, maar er is bij deze leeftijdsgroep een heel reële nood aan informatie en ondersteuning.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Classificatie van Cloninger (1981, 1985)

Op basis van adoptiestudies suggereerde Cloninger (1981, 1985) dat er minstens twee homogene subgroepen van alcoholici zouden bestaan.

Type 1 zou vooral gekenmerkt zijn door een later begin van de alcoholgerelateerde moeilijkheden, de aanwezigheid van schuldgevoelens over het drinken, alcoholische leverstoornissen en een verlies van de controle over het drinken. Meestal was er een eerder mild verloop van het alcoholisme. Bij de biologische ouders was er frequent alcoholmisbruik aanwezig.

Voor type 2 leek er een zekere overlapping te bestaan met ASPD (Antisocial Personality Disorder). Er was een duidelijke tendens tot vroegtijdig optreden van de alcoholproblemen, gedragsproblemen (agressie) tijdens het drinken en vaak een onvermogen om werkelijk afstand te nemen van alcohol. Bij de biologische vaders van dergelijke alcoholici noteerde men frequentere therapeutische tussenkomsten wegens alcoholisme en een belangrijke graad van criminaliteit. En dit was niet zo bij de moeders.

Meer recent probeert men deze typologie verder te definiëren in termen van persoonlijkheidskenmerken en een mogelijke genetische variatie in de gevoeligheid van de verschillende neurotransmittersystemen.

De drie belangrijkste neurotransmittersystemen: dopamine, norepinephrine en serotonine zouden drie persoonlijkheidsdimensies faciliteren: respectievelijk ‘novelty seeking’ (zoeken naar nieuwe dingen), ‘reward dependence’ (afhankelijkheid van beloningen) en ‘harm avoidance’ (vermijden van schade). Deze trekken zouden genetisch bepaald zijn en onafhankelijk van elkaar.
Stimulatie van het dopaminesysteem, dat een gedragsactivatiesysteem is, - door bijvoorbeeld alcohol – leidt tot novelty seeking gedrag, exploratorisch gedrag en euforie.
Het norepinephrinesysteem, dat te maken heeft met het in stand houden van het gedrag, heeft invloed op het zoeken van en het reageren op beloningen (bijvoorbeeld sociale waardering).
Het serotoninesysteem medieert het vermijden van schade. Het faciliteert het leren van gedragsinhibitie om straf en frustraties te vermijden.

Type 1 alcoholisten zijn ouder dan 25 jaar en verliezen snel de controle over hun drinken. Ze zijn passief-afhankelijk en angstig, gevoelig voor sociale cues, sentimenteel, emotioneel afhankelijk en zijn erop uit om anderen te helpen. Dit zijn dus de kenmerken van ‘reward dependence’. Type 1 alcoholisten vertonen ook trekken die te maken hebben met ‘harm avoidance ‘: achterdocht, voorzichtigheid, pessimisme, verlegenheid en vermoeidheid.

Type 2 alcoholisten starten hun carrière voor 25 jaar en zijn bijna altijd mannen. Zij vertonen veel ‘novelty seeking’ gedrag zoals afleidbaarheid, impulsiviteit, opwindbaarheid. Zij scoren laag op ‘reward dependence’ en ‘harm avoidance’. Van daaruit zijn ze emotioneel koud en onthecht, onbezorgd, niet geïnhibeerd en vol zelfvertrouwen.

Karakteristieken	**Type 1**	**Type 2**
Problemen i.v.m. alcohol		
Beginleeftijd	ouder dan 25	jonger dan 25
Spontaan zoeken naar alcohol (onmogelijkheid tot abstinentie)	niet vaak	vaak
Vechtpartijen en arrestaties	niet vaak	vaak
Psychologische afhankelijkheid (verlies van controle)	vaak	niet vaak
Schaamte- en schuldgevoelens	vaak	niet vaak
Persoonlijkheidstrekken		
Novelty seeking	laag	hoog
Harm avoidance	hoog	laag
Reward dependence	hoog	laag

Bijlage 2:

Cast

(Children of alcoholics screening test)

<u>Experimentele Nederlandstalige Versie</u>

De zinnen hieronder beschrijven gevoelens, gedragingen en ervaringen die kinderen soms hebben als één van hun ouders een alcoholprobleem heeft. Lees zorgvuldig elk van de zinnen en geef aan of de uitspraak al dan niet waar is voor jou door 'ja' of 'neen' aan te kruisen. Sla geen enkele zin over, ook niet de zinnen waarop het antwoord je vanzelfsprekend lijkt.

	JA	NEEN
1. Heb je ooit gedacht dat één van je ouders een drankprobleem heeft?	o	o
2. Heb je ooit wakker gelegen van het drinken van je ouder?	o	o
3. Heb je je ouder er ooit toe aangemoedigd het drinken te laten?	o	o
4. Heb je je ooit alleen, bang, zenuwachtig, boos of gefrustreerd gevoeld omdat je ouder niet in staat was te stoppen met drinken?	o	o
5. Heb je ooit ruzie gemaakt of gevochten met je ouder toen hij/zij aan het drinken was?	o	o
6. Heb je er ooit mee gedreigd van huis weg te lopen o.w.v. het drinken van je ouder?	o	o
7. Heeft je ouder ooit jou of iemand anders uit het gezin toegeschreeuwd of geslagen toen hij/zij aan het drinken was?	o	o
8. Heb je je ouders ooit horen vechten toen één van hen dronken was?	o	o
9. Heb je ooit iemand anders uit het gezin moeten beschermen tegen je ouder die aan het drinken was?	o	o
10. Heb je ooit zin gehad om een fles alcohol van je ouder te verbergen of uit te gieten?	o	o
11. Is het zo dat veel van je gedachten gaan over een ouder met een drankprobleem en de problemen die daardoor ontstaan?	o	o
12. Heb je ooit gewenst dat je ouder zou stoppen met drinken?	o	o
13. Heb je je ooit verantwoordelijk gevoeld voor of schuldig over het feit dat je ouder drinkt?	o	o

14. Heb je ooit gevreesd dat je ouders zouden scheiden o.w.v. alcoholmisbruik?	o	o
15. Heb je ooit activiteiten buitenshuis en contact met vrienden stopgezet of vermeden omdat je verveeld zat met of je schaamde voor het drankprobleem van je ouder?	o	o
16. Heb je bij een ruzie of gevecht tussen je ouder met een drankprobleem en je andere ouder ooit het gevoel gehad tussen twee vuren te zitten?	o	o
17. Heb je ooit het gevoel gehad dat jij je ouder alcohol deed drinken?	o	o
18. Heb je ooit het gevoel gehad dat je ouder met een drankprobleem niet echt van je houdt?	o	o
19. Ben je ooit verontwaardigd geweest over het drinken van je ouder?	o	o
20. Heb je je ooit zorgen gemaakt over de gezondheid van je ouder o.w.v. zijn of haar alcoholgebruik?	o	o
21. Heb je ooit de schuld gekregen van het drinken van je ouder?	o	o
22. Heb je ooit gedacht dat je ouder een alcoholist is?	o	o
23. Heb je ooit gewenst dat je thuis meer zou lijken op de thuis van je vrienden die geen ouder met een drankprobleem hebben?	o	o
24. Heeft je ouder ooit beloftes gedaan die hij of zij niet nakwam o.w.v. het drinken?	o	o
25. Heb je ooit gedacht dat je moeder een alcoholist is?	o	o
26. Heb je ooit de behoefte gevoeld met iemand te praten die de problemen in jullie gezin door alcohol kan begrijpen en verhelpen?	o	o
27. Heb je ooit met je broers of zussen ruzie gemaakt over het drinken van je ouder?	o	o
28. Ben je ooit van huis weggebleven om niet geconfronteerd te worden met je drinkende ouder of de reactie van je andere ouder op het drinken?	o	o
29. Heb je ooit zo over het drinken van je ouder gepiekerd dat je je achteraf ziek voelde, dat je weende of dat je maag in de knoop zat?	o	o
30. Heb je thuis ooit huishoudelijke taken overgenomen die je ouder gewoonlijk deed voor hij of zij een alcoholprobleem kreeg?	o	o

Bijlage 3: Lijst met kinder – en jeugdboeken

LEESBOEKEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN VAN 6 TOT 18 JAAR.

Anderson, Peggy King. (1993). Veilig thuis. Standaard.

Baetens, Rob. (dep. 2000). Liefde in een fles. Clavis.

Betke, Lotte. (1979). Lantarens langs het kanaal. Lotus.

Bond, Klaas. (cop. 2001). Gevoelige snaren. Van Holkema en Warendorf.

Colijn, Marianne. (1982). Het Finlandhuis. Lannoo.

De Waard, Angélique. (cop. 2000). Knuffels in de kelder. Van Goor. (8+)

Delfos, Martine. (1997). Oline, het olifantje. Trude van Waarden. (6+)

Dreesen, Jaak. (1989). Een muur van hitte. Davidsfonds. (13+)

Elias, Betty. (1999). Donkere ogen. VBVB. (10+)

Heylen, Maria. (1992). De draadjespop. Standaard. (8+)

Mazer, Harry. (1988). Met vuisten en voeten. Elzenga. (13+)

Moeyaert, Bart. (1993). Echt weg is niet zo ver. Zwijsen. (6+)

Naylor, Phyllis Reynolds. (1997). Vogelvrij. Lannoo. (8+)

Nolet, Beatrijs. (cop. 2000). Nachtboek van Jelle. Van Holkema en Warendorf. (13+)

Schoemans, R.H.. (1996). Slagen. Altiora. (10+)

Thorvall, Kerstin. (cop. 1980). In plaats van een vader. Van Holkema en Warendorf.

Tijsinger, Ellen. (cop. 1989). Nikolaj. Lemniscaat. (13+)

Van Assen, Klaas. (1997). De gekte van Mees Santing. Querido. (10+)

Welsh, Renate. (1993). Eind goed, al goed?. De Vries-Brouwers. (10+)

INFORMATIEVE BOEKEN VOOR KINDEREN VAN 8 TOT 14 JAAR.

Alcohol en drugs. Documentatiemap. (2000). Biblion.

Alcoholisme. Documentatiemap. (1998). NBLC.

Bryan, Jenny (cop. 1997). Wat je moet weten over alcohol. Corona.

Goris, Ria. (1999-2000). Alcohol, een drug?. Artikel. Jrg. 1 (1999-2000) nr.2.

Haughton, Emma. (cop. 2000). Alcohol. Corona.

Mama, 'dronken' wat is dat? (1993). Algemeen Dienstbeheer der Nederlandstalige Alanon Familie Groepen.

Michaux, Régine (1999-2000). Te diep in het glas. Artikel. Jrg. 5 (1999-2000) nr. 10.

Naaijkens, Jan. (cop. 1981). Alcohol. De Ruiter.

Royston, Angela. (cop. 2001). Alcohol. Corona.

Speksnijder, Aad. (cop. 1980). Op je gezondheid: het alcohol- en tabakgebruik. Versluys.

Van der Horst, P.J. (1989). Alcoholisme. De Ruiter.

ROMANS VOOR VOLWASSENEN, MAAR OOK VOOR JONGEREN VANAF ONGEVEER 16 JAAR, AFHANKELIJK VAN HUN LEESNIVEAU.

Anstadt, Sera. (1992). Een stevig glas: verhalen van drinkers.

Baete, Marcella. (1992). Ze zeggen dat ik gek ben. EPO.

Bataille, Christophe. (2000). Absint. Vassallucci.

Bouycott, Rosie. (cop. 1985). Zo'n leuke meid als ik...: een openhartig verhaal over drank en feminisme, seks en rock 'n roll. Becht.

Breznik, Melitta. (cop. 1996). Nachtdienst. Ambo.

Bukowski, Charles. (1986). Vrouwen. De Bezige Bij.

Bukowski, Charles. (1991). Hollywood. De Bezige Bij.

De Gooijer, Rijk. (cop. 1988). The best of Koos Tak. Nijgh en Van Ditmar.

Denker, Henry (1997). Geef me je hand. De Kern.

Dumoulin, Jean Pierre. (1998). Café la Lune. Querido.

Englund, Christina. (cop. 1999). Rosa. Mirran.

Fitzgerald, F. Scott. (2000). Teder is de nacht. Contact.

Hemingway, Lorian. (cop. 1993). Het wondere water. Agathon.

Jerofejev, Venedikt. (1979). Moskou op sterk water. Van Oorschot.

Knapp, Caroline. (cop. 1998). Drinken: een liefdesverhaal. Archipel.

Lowry, Malcolm. (1995). Onder de vulkaan. De Bezige Bij.

Marugg, Tip (1988). In de straten van Tepalka. De Bezige Bij.

Mazer, Harry. (1988). Met vuisten en voeten. Elzenga.

McDermott, Alice. (cop. 1999). Billy's charme. De Geus.

Minot, Susan. (1987). Aapjes. Contact.

Moran, Megan. (1985). Verloren jaren: de strijd tegen alcoholverslaving. Hollandia

Rood, Lydia. (1994). Zusters op sterk water: dertien sterke drankverhalen van vrouwen. Prometheus.

Thomas, Frans. (1998). Droog. Continental Publishing.

Ullmann, Linn. (cop.1999). Voor je gaat slapen. De Boekerij.

INFORMATIEVE DOCUMENTEN OVER ALCOHOLISME VOOR JONGEREN VANAF 14 JAAR EN VOLWASSENEN.

Alcoholisme en alcoholgebruik. Documentatiemap. (2000). Biblion.

Ansoms, Stan. (cop. 1988). Alcoholisme: als de kringloop draaikolk wordt. De Nederlandsche Boekhandel.

Casselman, J. (1993). Alcoholstop: adequate opvang van onthoudingsverschijnselen. Garant.

Den Bakker, Jan Kees. (cop. 1997). Verslaafd aan de verslaafde: omgaan met drinkers, druggebruikers en gokkers. Kok.

Dom, Geert. (2000). Drug-skenner: wat iedereen moet weten over drugs, alcohol en medicijnen. EPO.

Dom, Geert. (2001). Drug-skenner: wat iedereen moet weten over drugs, tabak, alcohol en medicijnen. EPO.

Duijnhouwer, Ellen. (1988). De verpleegkundige zorg voor de Korsakovpatiënt. De Tijdstroom.

Duval, Aimeé. (1986). De nacht was lang. Unistad.

Freddy, C. (1997). Alcohol... een probleem!: een inspirerend boek voor iedereen die een drinkprobleem heeft of denkt te hebben. Helmond.

Geurtz, Jan. (cop. 1999). De verslaving voorbij. Ambo.

Huijssoon, Loes (2001). Biervat op mijn pad. Roluba.

Kessel, N. (cop. 1978). Alcoholisme: medische, psychische en sociale aspecten. Meulenhoff Informatief.

Matthys, Frieda. (2000). Leven met een verslaafde. Garant.

Meyer, Marie-Louise. (cop. 1983). Drankproblemen, gezinsproblemen: een praktische gids voor de probleemdrinker en zijn/haar omgeving. Servire.

Schippers, G.M. (1981). Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek: een sociaal-cognitieve studie naar individuele verschillen. Swets en Zeitlinger.

Thomas, Frans. (1998). Droog. Continental Publishing.

Ulrich, Wolf. (cop. 1982). Alcohol hoeft niet schadelijk te zijn. Bigot en Van Rossum.

Van Epen, J.H. (1983). Drugverslaving en alcoholisme: diagnostiek en behandeling. Elsevier.

Vermeulen, Erik.(cop.1988). Op je gezondheid?!: veilig omgaan met alcohol. Boom.

LITERATUURLIJST

Adriaenssens, P. (1995). Opvoeden is een groeiproces. Wegwijzer voor vaders en moeders. Tielt, Lannoo.

Adriaenssens, P. (2000). Van hieraf mag je gaan. Over het opvoeden van tieners. Tielt, Lannoo.

Al-Anon Familie Groepen (1989). Leven met een alcoholist. Berchem-Antwerpen.

Alateen (1973). Hoop voor kinderen van alcoholisten. Brugge.

Barber, J. & Gilbertson, R. (1999). The drinker's children. Substance Use & Misuse, 34,3, 383-402.

Bennett, L.A., Wolin, S.J. & Reiss, D. (1988). Deliberate family process: a strategy for protecting children of alcoholics. British Journal of Addiction, 83, 821-829.

Braithwaite, V. & Devine, C. (1993). Life satisfaction and adjustment of children of alcoholics: The effects of parental drinking, family disorganisation and survival roles. British Journal of Clinical Psychology, 32, 417-429.

Brown, S. (1988). Treating Adult Children of Alcoholics. A Developmental Perspective. New York, John Wiley & Sons, Inc.

Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, H.S. Whiteman, M. & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. Genetics. Social and General Psychology Monographs. 116, 2, 111-267.

Burk, J.P. & Sher, K. (1990). Labeling the child of an alcoholic: Negative stereotyping by mental health professionals and peers. Journal of Studies on Alcohol, 51,156-163.

Calder, P. & Kostyniuk, A. (1989). Personality Profiles of Children of alcoholics. Professional Psychology: Research and Practice, 20, 417-418.

Carr, A. (1999). The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach. London/New York, Routledge.

Chassin, L., Rogosch, F. & Barrera, M. (1991). Substance Use and Symptomatology Among Adolescent Children of Alcoholics. Journal of Abnormal Psychology, 100, 4, 449-463.

Chassin,L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S. & Barrera, M. Jr. (1993). Relation of Parental Alcoholism to Early Adolescent Substance Use: A Test of Three Mediating Mechanisms. Journal of Abnormal Psychology, 102, 1, 3-19.

Clair,D. & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. Journal of Studies on Alcohol, 48, 345-355.

Clair, D. & Genest, M. (1992). The Children of Alcoholics Screening Test: Reliability and Relationship to Family Environment, Adjustment, and Alcohol-Related Stressors of Adolescent Offspring of Alcoholics. Journal of Clinical Psychology, 48, 3, 414-420.

Clair, D. & Genest, M. (1987). Variables Associated with the Adjustment of Offspring of Alcoholic Fathers. Journal of Studies on Alcohol, vol. 48,n 4, 345-355.

Cloninger, C.R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. Arch. Gen. Psychiatry, 38, 861.

Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S. & von Knorring, A.L. (1985). Psychopathology in adopted-out children of alcoholics. The Stockholm adoption study. In: Gelanter, M. (Ed.), Recent Developments in Alcoholism.

Coolen – Perednia C. (1989). Kinderen van alcoholverslaafden. Kind en adolescent, 10,3, 109-119.

Colder, C. & Chassin, L. (1993). The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects of behavioral undercontrol. Journal of Studies on Alcohol, 54, 3, 326-333.

Colder, C., Chassin, L., Stice, E. & Curran, P. (1997). Alcohol expectancies as potential mediators of parent alcoholism effects on the development of adolescent heavy drinking. Journal of Research on Adolescence, 7, 4, 349-374.

Compernolle, T. e.a. (1997). Alles went, ook een adolescent. Tielt, Lannoo.

Cork, M. (1969). The forgotten children. Toronto: Addiction Research Foundation.

Corral, M., Holguin, S. & Cadaveira,F. (1999). Neuropsychological characteristics in children of alcoholics: Familial density. Journal of Studies on Alcohol, 60, 4, 509-513.

Cottman – Becnel, B. (1991). The Co-dependent Parent. New York, Harper Collins.

Crespi, T.D. & Sabatelli, R.M.(1997). Children of alcoholics and adolescence: Individuation, development and family systems. Adolescence, 32, 407-417.

Cuijpers, P. (1999). Preventieprogramma's voor kinderen van alcoholafhankelijke ouders. Een overzicht van de literatuur. Kind en Adolescent, 20,4, 248-261.

De Bono, E. (1998). Leer uw kind denken. Naarden-Vesting, Element.

Deković, M. (2000). Opvoedingsproblemen in de (pre)adolescentie. Implicaties voor onderzoek en hulpverlening. Kind en Adolescent, 21, 3 193-210.

De Ribeaux, M. (1997). A critical analysis of Coa Research. Historical perspectives. Alcohol Health & Research World, 21,3, 259-264.

Diekstra, R.F.W. (1991). Ontwikkelingsstress en problemen in de adolescentie: Waarom jongeren ongelijk bedreigd worden. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 30, 320-336.

DiCiccio, L., Davis, R., Hogan, J., MacLean, A. & Orenstein, A. (1984). Group Experiences for Children of Alcoholics. Alcohol Health & Research World, 20-24.

Dobkin, P., Tremblay, R., Desmarais-Gervais, L. & Dépelteau, L. (1994). Is having an alcoholic father hazardous for children's physical health? Addiction, 89, p. 1619-1628.

Eiden, D. R. & Leonard, K.E. (1996). Paternal alcohol use and the mother-infant relationship. Development and Psychopathology, 8, 307-323.

Elling-de Boer, A. & Majoor, L. (1991). Verslaving. Handboek Jeugdgezondheidszorg. Maarssen, Elsevier.

Ellis,D.A., Zucker, R.A. & Fitzgerald, H.E. (1997). The Role of Family Influences in Development and Risk. Alcohol Health & Research World, 21, 3, 218-226.

Emshoff, J.G. , & Anyan , L.L. (1991). From prevention to treatment: Issues for school-aged children of alcoholics.In: M. Galanter, H. Begleiter , e.a. (Eds.) , Recent developments in alcoholism. Vol. 9: Children of alcoholics. (pp. 327 - 346). New York: Plenum Press.

Emshoff, JG. & Price, A.W. (1999). Prevention and Intervention Strategies with Children of Alcoholics. Pediatrics, 103, 1112-1121.

Finn, P. & Justus,A. (1997). Physiological responses in sons of alcoholics. Alcohol Health & Research World, 21,3, p. 227-231.

Fitzgerald, H.E., Sullivan, L.A., Ham, H.P., Zucker, R.A. Bruckel, S. Schneider, A.M. & Noll, R.B. (1993).Predictors of behavior problems in three-year-old sons of alcoholics: Early evidence for the onset of risk. Child Development, 64, 110-123.

Havey, J.M. & Dodd, D.K. (1994). Children of Alcoholics, Negative Life Events and Early Experimentation with Drugs. Journal of School Psychology, 33,305-317.

Hill, S. & Hruska, D. (1992). Childhood Psychopathology in Families with Multigenerational Alcoholism. Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 31, 6, 1024-1030.

Hunt, M.E. (1997). A comparision of family of origin factors between children of alcoholics and children of non-alcoholics in a longitudinal panel. American Journal Drug Alcohol Abuse, 23, 4, 597-613.

Hussong, A. & Chassin, L. (1997). Substance Use Initiation among Adolescent Children os Alcoholics: Testing Protective Factors. Journal of Studies on Alcohol, 58, 3, p. 272-279.

Jacob, T. & Seilhamer, R.A. (1987). Alcoholism and family interaction. In: Jacob, T. (ed.).Family interaction and psychopathology: theories, methods, and findings. New York: Plenum.

Jacob, T. & Leonard, K. (1994). Family and peer influences in the development of adolescent alcohol abuse. In: Zucker, R. & Howard, J. (Eds.) Development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk. NIAAA Research Monograph, 26, 123-155.

Jacob,T. & Johnson, S. (1997). Parenting Influences on the Development of Alcohol Abuse and Dependence.Alcohol Health & Research World, 21, 3, 204-209.

Jarmas, A.L. & Kazak, A.E. (1992). Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles, and family systems. Journal of Consulting Clinical Psychology, 60, 244-251.

Johnson , J.L. , Sher , K.J. , & Rolf, J.E. (1991). Models of vulnarability to psychopathology in children of alcoholics. Alcohol Health & Research World, 15, 33-42.

Johnson, J.L. & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. Pediatrics, 1085-1098.

Kagan, J. (1984). The Nature of the Child. New York, Basic Books.

Koninckx, M. (1991). Hulpverlening aan kinderen van alcoholisten. Kind en Adolescent, 12, 3, p.189-195.

Kumpfer, K.L. & DeMarsh, J. (1986). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. In: Ezekoye,S., Kumpfer, K. & Bukovski, W. (Eds.). Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention. New York: Haworth Press.

Kumpfer, K. (1999). Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. Pediatrics, p. 1128-1144.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York, Springer.

Leonard, K.E., Bromet, E.J., Parkinson, D.K., Day, N.L. &Ryan, C.M. (1985). Patterns of alcohol use and physically aggressive behavior in men. Journal of Studies on Alcohol, 46, 279-282.

Leonard, K.E., Eiden, D. R., Wong, M., Zucker, R., Puttler, L., Fitzgerald, H., Hussong,A., Chassin, L. & Mudar, P. (2000). Developmental perspectives on risk and vulnerability in alcoholic families. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24, 2, 238-240.

Lindstein, T. (1996). Working with children of alcoholics. Stockholm: School of social work. (261pp.).

Logue, M.E. & Rivinus, T.M. (1991). Young Children of Substance-Abusing Parents: A Developmental View of Risk and Resiliency. In: Rivinus, T.M.(Ed.). Children of Chemically Dependent Parents. New York, Brunner-Mazel.

Matthys, F. (2000). Leven met een verslaafde. Leuven/Apeldoorn, Garant.

McCord, J. (1988). Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. Journal of Studies on Alcoholism, 49, 357-362.

McGue, M. (1997). A Behavioral-Genetic Perspective on Children of Alcoholics. Alcohol Health & Research World, 21,3, 210-217.

Meyer, M.L. (1983). Drankproblemen – gezinsproblemen. Een praktische gids voor de probleemdrinker en zijn/haar omgeving. Katwijk aan zee, Servire.

Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. Addiction Behaviors. 7, 155-164.

Moos, R., Finney, J. & Cronkite, R. (1990). Alcoholism Treatment. Context, Process and Outcome. Oxford: Oxford University Press.

Morey, C. (1999). Children of alcoholics: A school-based comparative study. Journal of Drug Education, 29, 1, 63-75.

Moser, R.P. & Jacob, T. (1997). Parent-Child Interactions and Child Outcomes as related to Gender of Alcoholic Parent. Journal of Substance Abuse, 9, 189-208.

Nye, C.L., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1995). Early intervention in the path to alcohol problems through conduct problems: Treatment involvement and child behavior change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 831-840.

O'Farrell, T.J. & Murphy, C.M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. Journal of Consulting Clinical Psychology, 63, 256-262.

Orford, J. (1989). Like father like son, like mother like daughter. Inter-generational learning. In: Proceedings of theInternational Congress on Alcohol, Other drugs and the Family. Sydney.

Patterson, G.R., Reid, J. & Dishion, T. (1992). Antisocial Boys. Eugene, OR, Castilia.

Peeters, J. (1995). Moeilijke adolescenten. Leuven/Apeldoorn, Garant.

Pelham, W.E. & Lang, A.R. (1993). Parental alcohol consumption and deviant child behavior: Laboratory studies of reciprocal effects. Clinical Psychology Review, 13, 763-784.

Poon, E., Ellis, D., Fitzgerald, E. & Zucker,R. (2000). Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics during the early school years: Differences related to subtypes of familial alcoholism. Alcoholism: clinical and experimental research, 24, 7, p. 1020-1027.

Pope, A.W., McHale, S.M. & Craighead,W.E. (1989). Werken aan het gevoel van eigenwaarde. Training van kinderen en jongeren. Assen, Dekker & van de Vegt.

Price, A.W. & Emshoff, J.G. (1997). Breaking the Cycle of Addiction: Prevention and Intervention with Children of Alcoholics. Alcohol Health & Research World, 21, 3, 241-246.

Puttler, L., Zucker, R., Fitzgerald, H. & Bingham, C. (1998). Behavioral outcomes among children of alcoholics during the early and middle childhood years: Familial subtype variations. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22,9, p.1962-1972.

Reich, W. , Earls, F., Frankel, O. & Shayka,J. (1993). Psychopathology in Children of Alcoholics. Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 32, 5, 995-1002.

Rispens,J., Goudena, P.P.,& Groenendaal, J.J.M. (1994). Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen. Houten-Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum.

Robinson, E. & Rhoden, J. (1998). Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook. California, Sage Publications.

Roosa, M. , Dumka, L.& Tein, J. (1996). Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. American Journal of Community Psychology, 24, 5, 607-624.

Rose, R. (1996). A behavior-genetic perspective: transmission within and across generations. Presented at the NIAAA Research Symposium. Alcohol and the family: Opportunities for prevention. Washington, DC. (in Kumpfer, 1999).

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316-331.

Rydelius, P-A. (1997). Annotation: Are children of alcoholics a clinical concern for child and adolescent psychiatrists of today? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 6, p. 615-624.

Schuckit, M. & Smith, T. (1997). Assessing the risk for alcoholism among sons of alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 58, 2, 141-145.

Schuckit, M.A., Smith, T.L., Kalmijn, J., Tsuang, J., Hesselbrock, V., Bucholz, K. (2000). Response to alcohol in daughters of alcoholics: Pilot study and a comparision with sons of alcoholics. Alcohol and Alcoholism, 35, 3, 242-248.

Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (2001). Correlates of Unpredicted Outcomes in Sons of Alcoholics and Controls. Journal of studies on alcohol, 62, 4, 477-485.

Seilhamer, R.A. & Jacob, T. (1990). Family Factors and Adjustment of Children of Alcoholics. In: Windle,M. & Searles, J. (eds.). Children of Alcoholics: Critical Perspectives. New York, Guilford Press.

Seilhamer, R.A. Jacob, T. & Dunn, N.J. (1993). The Impact of Alcohol Consumption on Parent-Child Relationships in Families of Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 54, 189-198.

Senchak,M., Leonard, K.E., Greene, B.W. & Carroll, A. (1995). Comparisons of Adult Children of Alcoholic, Divorced,and Control Parents in Four Outcome Domains. Psychology of Addictive Behaviors, 9, 3, 147-156.

Sher, K.J. (1991). Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. Chicago, The university of Chicago press.

Sher, K.J., Walitzer, K., Wood, PK Brent E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, 100, 4, p. 427-448.

Sher, K.J. (1992). Psychological characteristics of children of alcoholics. Overview of research methods and findings. In: Gallanter (Ed.) Recent Developments in Alcoholism. New York, Plenum Publishing Corporation.

Sher, K.J. (1993). Children of alcoholics and the intergenerational transmission of alcoholism: a biopsychosocial perspective. In: Bear, J., Marlatt, G.& McMahon, R. (ed.). Addictive behaviors across the life span. Prevention, treatment and policy issues. (1993). Sage publications.

Sher, K.J. (1997). Psychological Characteristics of Children of Alcoholics. Alcohol Health & Research World, 21, 3, 247-254.

Steinhausen, H. (1995). Children of alcoholics. A review. European child and adolescent psychiatry, 4, 3, p. 143-152.

Van den Brink, W. (1995). Etiologie en pathogenese van verslaving. Nederlands tijdschrift geneeskunde, 139, 2606-2610.

Van der Ploeg, J.D. (1990). Gedragsproblemen: Ontwikkelingen en risico's. Rotterdam, Lemniscaat.

Van Londen, A. e.a. (1998). Vaardigheden voor ouders. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger

Von Knorring, A.L.(1991). Annotation: Children of Alcoholics. Journal of child psychology and psychiatry, 32, p. 411-421.

Werner, E. (1986). Resilient offspring of alcoholics; A longitudinalstudy from birth to age 18. Journal of Studies on Alcohol, 47, 34-40.

Werner, M.J. , Joffe, A. & Graham, A. (1999). Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. Pediatrics, 103, 1099-1111.

West, M. & Prinz, R. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. Psychological Bulletin, 102, 204-218.

Wiers, R.W. (1994). Verslavingsrisico bij kinderen van alcoholisten. De Psycholoog, 217-222.

Wiers, R.W., Gunning, W.B. & Sergeant, J.A. (1998). Do Young Children of Alcoholics Hold More Positive or Negative Alcohol-Related Expectancies than Controls? Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 8, 1855-1863.

Wiers, R.W. (1999). Wie raakt er verslaafd? De psycholoog, 34,146-151.

Williams, C. (1990). Prevention and treatment approaches for children of alcoholics. In: Windle, M. & Searles, J. (Eds.). Children of Alcoholics. New York: Guilford Press.

Woititz, J. (1983). Adult children of alcoholics. Florida, Health Communications.

Woititz, J.G. & Garner, A. (1991). Life Skills for Adult Children. Florida, Health Communications.

Wolin,S., Bennett, L., Noonan, D. & Teitelbaum, M. (1980). Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 41, 199-214.

Wolin, S. & Bennett, L. (1984). Family rituals. Family Process,23, 401-420.

Wolin,S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. Substance abuse, 42, 2, 415-429.

Woodside , M., Bishop, R.M., Miller , L.T. , & Swisher , J.D. (1997). Experimental evaluation of 'The images within': an alcohol education and prevention program. Journal of Drug Education, 27, 53-65.

Young, N.K. (1997). Effects of alcohol and other drugs on children. Journal of Psychoactive Drugs, 29, 1, 23-42.

Zucker, R.A., Kincaid, S.B., Fitzgerald, H.E. & Bingham, C.R. (1995). Alcohol schema acquisition in preschoolers: Differences between children of alcoholics and children of non-alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19, 1-7.

Zucker, R.A., Ellis, D.A., Bingham, C.R. & Fitzgerald, H.E. (1996). The development of alcoholic subtypes: Risk variation among alcoholic families during early childhood years. Alcohol Health & Research World, 20, 46-54.